ROK VI. WARSZAWA, 1933. Nr. 1.

CZASOPISMO SĄDOWO-LEKARSKIE

POŚWIĘCONE
MEDYCYNIE, PSYCHJATRJI SĄDOWEJ i KRYMINOLOGJI

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE, DE PSYCHIATRIE LÉGALE ET DE CRIMINOLOGIE.

1933. FASC. N. 1.

WYCHODZI CZTERY RAZY W ROKU

WYDAWCA: LEKARSKIE T-WO WYDAWNICZE „PRZYSZŁOŚĆ".
ADRES ADMINISTRACJI: KRAK. PRZEDMIEŚCIE 32. TEL. 607-35.
KONTO CZEKOWE P. K. O. Nr. 21.666.
REDAKCJA: OCZKI 1. ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ.

SPIS RZECZY:

SOMMAIRE:

Drukarnia „SIŁA", Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

DR. M. RYTEL i DR. M. PIOTROWSKI (Siedlce).

ZABÓJSTWO i PODPALENIE.

Chociaż wypadki podpalenia domu w celu ukrycia popełnionego poprzednio morderstwa zdarzają się względnie często na naszej wsi (prawie nigdy w miastach) to jednak podwójny sposób zamaskowania morderstwa; a mianowicie — symulacja powieszenia się, a następnie podpalenie domu mieszkalnego — czyni z niżej opisanej sprawy sądowej dość ciekawy wyjątek. W sprawozdaniu za ostatnie dziesięciolecie (1921 — 1931) działalność Instytutu Medycyny Sądowej w Warszawie znajdujemy tylko dwie sekcje, w których zabójstwo przez zadzieżgnięcie było zainscenizowane jako samobójstwo przez powieszenie.

Na ławie oskarżonych zasiadła Zofja R., lat 28, mieszkanka zapadłej wioski P. W. na Podlasiu. Oskarżona jest o zabójstwo swego męża, a następnie podpalenie domu w którym na strychu ukryte zostały zwłoki zamordowanego.

Zofja R. jest z urodzenia wieśniaczką o dość pospolitej, zeszpeconej śladami po ospie twarzy, broni się sama energicznie, z temperamentem, przyczem wyjątkowo dobrze, jak na środowisko, z którego pochodzi, zadaje pytania świadkom i tłomaczy niewygodne dla siebie zeznania.

Okoliczności sprawy były następujące: dn. 11.8. 1932 r. mieszkańcy wsi P. usłyszeli krzyk dzieci ,,pali się" i stwierdzili, że się wydobywają kłęby dymu z przybudówki koło domu mieszkalnego małżonków R. Przybudówka ta była pod jednym dachem z domem mieszkalnym. i wkrótce ogień przeniósł się na dom. Gdy zaalarmowani mieszkańcy wsi pospieszyli na ratunek, dach na domu spalił się. Ratujący zauważyli, że dom był zamknięty, i zadziwiła ich nieobecność mieszkańców.

Gdy kilku z pośród sąsiadów weszło na pułap, znaleziono tam za kominem zwłoki, w których rozpoznano Ignacego R. właściciela domu. Na szyi denata zauważono sznur zwęglony. Przy pożarze nikt nie widział Zofji R. właścicielki domu. Dopiero wywiadami ustalono, że na krótki czas przed wybuchem pożaru Zofja R. odprowadziła 3-je swych

małoletnich dzieci do znajomej na drugi koniec wsi, a sama udała się do sąsiedniej wioski R-w, rzekomo po odbiór należnych jej pieniędzy. Jeden ze swiadków zeznał, że widział ją w odległości 2-ch kilometrów od wsi P. - W., i zauważył, że oglądała się ona kilka razy za siebie, robiła wrażenie tak wzburzonej, że świadek, spostrzegłszy następnie kłęby dymu i ogień pomyślał sobie: „Oto Zośka R. podpaliła wieś i ucieka".

Liczni sąsiedzi małżonków R. zeznawali, że charaktery ich nie nadawały się, mąż był cichym spokojnym człowiekiem, gdy tymczasem żona stanowiła dość niezwykły typ na tej zapadłej wiosce, paliła papierosy, piła, grała w karty, miała licznych kochanków różnego wieku. Na hulanki stopniowo sprzedawała swą schedę. Niektórzy ze świadków stwierdzili, iż R. groziła swemu mężowi i przytaczali następujące jej powiedzenia: „prędzej czy później męża djabli wezmą, a ona wypłynie albo utonie".

Duże zainteresowanie wzbudziły zeznania 7-letniego chłopczyka, który szedł zabawić się z dziećmi R. Gdy zajrzał przez okno, zobaczył, że R. uderzyła obuchem siekiery siedzącego na stołku męża. Chłopiec opowiadał to zaraz przy pożarze naczelnikowi straży ogniowej.

Znajomi i przyjaciele Ignacego R. kategorycznie stwierdzali, że nigdy nie wypowiadał on zamiaru samobójstwa.

Oględziny i sekcja zwłok odbyła się na pułapie domu R. i wykazały daleko posunięte zwęglenie. Prawe podudzie zwęglone całkowicie i oddzielone od tułowia leży obok w odległości około ¼ metra na kupie popiołu i zwęglonej słomy. Staw kolanowy lewy obnażony i otwarty wskutek spalenia tkanek, kończyny są zgięte w stawach łokciowych i nadgorstkowych (stężenie cieplne), pięści zaciśnięte.

Kończyny dolne zgięte częściowo w stawach biodrowych oraz zgięte do połowy w stawach kolanowych. Skóra zachowana stosunkowo dość dobrze na plecach, na innych częściach brunatno - czarnego koloru, sucha, pokryta warstwą sadzy, dającej się usunąć dość łatwo. Na przekroju skóra blada, sucha, miejscami zwęglona. Zwęglenie sięga do tkanki podskórnej, a nawet obejmuje część żeber po stronie lewej oraz mostek. Mięśnie twarzy zupełnie spalone, szczęka dolna obnażona, krucha, łamie się przy dotykaniu. Część kości czołowej, obydwie kości ciemieniowe odłamane od reszty czaszki leżą obok oparte o czaszkę, połamane na kilka różnej wielkości odłamków, brzegi nierówne, pozębione, kości te są częściowo zwęglone, na przekroju czarne, bardzo kruche. Ująwszy szczypczykami kości czaszki bardzo łatwo można ułamać ich kawałek, jedynie kość potylicowa stosunkowo dobrze zachowana, twarda, nie wykazuje żadnych uszkodzeń.

Tkanka mózgowa wygląda jakby ugotowana, krucha, rysunek zupełnie zatarty, przeważnie szaro - żółtego koloru, miejscami żółtawo -

brunatny; dość dobrze zachowana jest część potylicowa mózgu i móżdżek. Opona twarda zachowana jedynie w tylnej części o zabarwieniu sino - różowem. W zatokach podstawy czaszki znajduje się nieco ciemnej, gęstej częściowo skrzepłej krwi. Na szyi tuż ponad górnym brzegiem chrząstki tarczowej krtani wklęśnięcie w postaci brózdy, szerokości nieco mniej niż centymetr, brózda ta jest dobrze widoczna, przebiega poprzecznie dookoła szyi, jednakowo wyraźnie zaznaczona od tyłu jak i od przodu.

W brózdzie odciśnięty jest kształt sznurka, którego dwa kawałki nawpół spalone leżą koło szyi. Mięśnie szyi częściowo zwęglone, skóra spalona lub zwęglona. Przy przekroju zwęglonej skóry w miejscu brózdy stwierdzono, że tkanka podskórna brunatno zabarwiona nie różni się od tkanek z innych miejsc szyi. Chrząstki krtani nieuszkodzone, jedynie w miejscu brózdy spłaszczone, tak że światło krtani jest prawie zaciśnięte. Błona śluzowa krtani i tchawicy czerwono zabarwiona, sucha. W krtani i tchawicy ciał obcych nie znaleziono.

Oględziny wewnętrzne.

Część żeber oraz mostek prawie całkowicie zwęglone zapadły się. Płuca w średniej i górnej części czarno - brunatno zielone, częściowo prawie zwęglone. Jedynie zachowały się tylne odcinki obu płuc, są one ciemno wiśniowego koloru, obficie broczą krwią i pienistą cieczą. Z przekroju płuc wydobywa się trochę pęcherzyków gazowych. Serce nieco większe od pięści zmarłego koloru ciemno brunatnego, na tylnej powierzchni szaro brunatne, suche, bardzo kruche, rwie się przy dotykaniu. Komory puste, nieco zeschniętych skrzepów znaleziono na ścianach prawej komory. Zastawki bez zmian. Po stronie lewej 4 pętle jelitowe w kształcie wachlarza pokrywają lewy talerz biodrowy. Pętle te są opalone, suche, a górna powierzchnia czarna, zwęglona w wielu miejscach. Po odchyleniu tych pętli jelit stwierdzono, że skóra pod niemi dość dobrze zachowana szarawo - brunatna. Jelita wypadły przez ranę ciętą długości około 12 cm. szerokości około 4 cm. o brzegach równych, przebiegającą ukośnie od grzebienia kości biodrowej do lewego kanału pachwinowego. Po przecięciu skóry na brzuchu w jamie brzusznej widać jelita suche nieuszkodzone, szaro - żółtego koloru. Po stronie lewej w miejscu otworu na dnie jamy brzusznej nieco ciemnej gęstej krwi, otrzewna w tem miejscu sino - różowo podbarwiona. Jelita zawierają w dolnych odcinkach nieznaczną ilość papkowatego brunatnego kału. Śledziona miękka czarno - wiśniowa, na przekroju rozłazi się i broczy krwią ciemną, gęstą. Żołądek pusty, błona śluzowa szaro - brunatna, sucha. Wątroba duża twarda, sucha, koloru jasno brunatnego, wygląda jakby ugotowana.

Nerki ciemno - brunatne, rysunek na przekroju zatarty. Pęcherz moczowy pusty, błona śluzowa żółtawo szara, sucha.

Lekarz biegły (dr. M. Piotrowski) dokonywujący sekcji zwłok, złożył takie orzeczenie:

,,Sekcja zwłok wykazała następujące zmiany i uszkodzenia:

1) bardzo rozległe spalenie, a nawet w wielu miejscach zwęglenie prawie całkowite ciała (nawet kości) zwęglenie i oddzielenie się prawego podudzia oraz obnażenie stawu kolanowego lewego.

2) Ranę ciętą powłok jamy brzusznej na lewym talerzu biodrowym, przez którą wydostały się pętle jelit cienkich, które częściowo uległy spaleniu, oraz wylew krwawy i podbiegnięcia krwawe na dnie jamy brzusznej.

3) Brózdę na szyi, przebiegającą okrężnie bardzo wyraźnie zaznaczoną i jednakowo widoczną na przedniej i tylnej powierzchni szyi

4) Rana cięta jamy brzusznej została zadana przedmiotem ostrym twardym np. nożem, bagnetem, lub nawet siekierą; przez otwór wydostały się jelita cienkie i przykryły skórę w miejscu rany, dlatego też te pętle jelit uległy spaleniu, a nawet częściowo zwęgleniu, skóra natomiast pod niemi jest stosunkowo dość dobrze zachowana. Podbiegnięcia i wylew krwawy na dnie jamy brzusznej po stronie lewej w miejscu rany przemawiają za powstaniem jej za życia denata.

Brózda na szyi powstała przez ucisk sznura; okrężny poziomy przebieg brózdy, głębokie jej odciśnięcie w nawpół zwęglonej skórze przemawiają bardziej za zadzieżgnięciem, niż za powieszeniem. Czy brózda powstała za życia, czy też po śmierci wobec daleko posuniętego spalenia zwłok nie można kategorycznie ustalić.

Przyczyny uszkodzenia kości czaszki jak również czy powstało ono za życia, czy po śmierci, nie można dokładnie ustalić.. Mogły one powstać na skutek uderzenia belką przy zapadaniu się płonącego dachu, jak również nawet przy przesuwaniu zwłok, co miało miejsce jeszcze przed przybyciem sędziego śledczego.

Pomimo, że dane sekcji ze względu na znaczny stopień uszkodzenia zwłok nie pozwalają na stwierdzenie kategoryczne, co było przyczyną śmierci, można jednak przypuszczać, że miało tu miejsce zadzieżgnięcie u osobnika ogłuszonego uderzeniem siekiery w głowę.

W tym sensie wypowiedział się też biegły lekarz na rozprawie sądowej. Oskarżona do winy nie przyznała się. Sąd w dwóch instancjach skazał oskarżoną na bezterminowe ciężkie więzienie.

Dr. JAKÓB SOHN.

ODCZYN MANOIŁOWA W ZASTOSOWANIU DO BADAŃ SĄDOWO-LEKARSKICH.

(Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu S. B. w Wilnie Kierownik Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz).

Krótki zarys poglądów na odczyn Manoiłowa.

Odczyn Manoiłowa zdążający do chemicznego określania płci wzbudził duże zainteresowanie wśród przyrodników i lekarzy. Tego rodzaju bowiem odczyn, o ile byłby pewny, mógłby przyczynić się do rozwikłania wielu ważnych zagadnień z dziedziny biologji, fizjologji i patologji.

Zadaniem niniejszej pracy było stwierdzenie, czy odczyn ten może mieć zastosowanie w medycynie sądowej, zwłaszcza przy badaniu kości niewiadomego pochodzenia.

M a n o i ł o w, a następnie liczni inni autorowie, stosowali powyżej wspomnianą metodę dla określenia płci, używając do tego jako materjału krwi, przyczem starali się określić również istotę odczynu i jaki czynnik wchodzi tu głównie w grę, ilościowy czy też jakościowy. Manoiłow rozpoczął swoje badania w roku 1896 po pewnej rozprawie sądowej, kiedy jako młody wówczas jeszcze lekarz został powołany do sądu w charakterze rzeczoznawcy. Miał mianowicie ustalić i wyświetlić, czy krew na ubraniu oskarżonego jest krwią ofiary mordu, czy też krwią menstruacyjną żony, jak zeznawał oskarżony. To skierowało myśl młodego uczonego na problem rozróżnienia krwi męskiej od krwi żeńskiej.

Odczyn Manoiłowa stał się wkrótce tematem dla rozlicznych prac.

Niektórzy badacze określali za pomocą tej metody nawet płeć roślin, inni znów rozmaite własności minerałów, płeć płodu we wczesnych i późniejszych okresach ciąży i t. d. Zastosowano ten odczyn również przy badaniu zaburzeń gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, co miało mieć duże znaczenie w badaniach klinicznych.

W skład reakcji Manoiłowa wchodzą następujące odczynniki: papayotyna lub trypsyna ewentualnie pepsyna, dhalia, nadmanganian po-

tasu, kwas solny oraz thiosinamina. Technika, jakoteż znaczenie tych odczynników podane są niżej.

Dotąd panują rozmaite poglądy co do wartości i znaczenia tegoż odczynu. Podczas gdy jedni przypisują mu wielkie znaczenie inni bardzo krytycznie o nim sądzą.

Już Dewitz w r. 1912 zaproponował użycie odczynu barwnego celem określenia płci na owadach, a dopiero Manoiłow w r. 1923 podał pierwszy sposób odróżniania płci u ludzi i zwierząt na podstawie badania krwi i tkanek. Manoiłow twierdził, że rozpoznanie płci stoi w ścisłym związku z hormonami gruczołów płciowych, które można wykazać drogą chemiczną. Według poglądu tego autora krąży we krwi specyficzna substancja, która też warunkuje płeć. Substancja ta wedle Manoiłowa ma znajdować się nietylko w gruczołach płciowych, lecz także i w innych gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu jakoteż w komórkach i narządach ustroju. Autor uważa, że powstające jakościowe zmiany w odczynie barwnym przez niego podanym zależne są od hormonów płciowych. Manoiłow wykazał, że wykonanie tejże próby na krowie ciężarnej z płodem płci męskiej wypada mało charakterystycznie dla płci żeńskiej, co dało mu również powód do badań, czy u ciężarnych nie będzie można określić płci płodu jeszcze przed porodem. Badania krwi z pępowiny i krwi uzyskanej z tamponów w przeróżnych operacjach dozwoliły Manoiłowi określić płeć z wynikiem dodatnim w 80 — 96%.

Odczyn swój Manoiłow w ten sposób wyjaśnia: we krwi męskiej znajdują się pewne ciała, które zostają łatwo utlenione. We krwi kobiecej według Manoiłowa ciał tych znajduje się znacznie mniej. Odczyn ma zależeć również od procesów fermentacyjnych, wreszcie pewną rolę w tym procesie ma odgrywać różnica w ilości hemoglobiny zawartej we krwi męskiej i żeńskiej.

Niezmiernie ciekawe jest, że niektóre minerały a to piryt i merkazyt dają odczyn Manoiłowa w ten sposób, że piryt daje odczyn charakterystyczny dla płci męskiej, merkazyt dla płci żeńskiej.

Liczni autorowie przeprowadzając reakcję podaną według wskazówek Manoiłowa starali się wniknąć w istotę omawianego odczynu.

Jegoroff zauważył, że użycie samych odczynników bez dodania krwi daje odczyn, który jest charakterystyczny dla płci męskiej. Według tego autora, zatrzymanie odbarwienia barwika dhalii w odczynie t. zw. żeńskim zależne jest od jakiejś substancji hamującej, której brak jest we krwi męskiej. Wspomniany autor uważa, że odbarwienie zależy od ilości dodanej krwi, a zatem jako odczyn nieswoisty nie nadaje się do odróżnienia płci. Używając w tej metodzie nawet stałą określoną ilość krwi, ze względów własności osobniczych bez względu na rodzaj płci, nie możemy zgóry określić z jaką ilością naprz. czerwonych ciałek mamy do czynienia wobec czego też zdaniem Jegoroffa odczyn Manoiłowa nie nadaje się do odróżnienia płci.

Z autorów włoskich Macaggi również uważa odczyn Manoiłowa za bezwartościowy dla oznaczenia płci. Macaggi stwierdził, że odczyn ten nie zależy od działania jakiegoś hormonu, lecz od większej lub mniejszej ilości hemoglobiny. Może tu wchodzić w grę większa ilość substancji utleniającej; wreszcie odczyn ten mógłby zależeć również od pewnych procesów zaczynowych.

Prawdicz-Neminsky otrzymywał bez dodania krwi tylko przy pomocy samych odczynników odczyn zarówno męski jak i żeński w zależności od koncentracji dodawanego kwasu solnego. Kwas solny działa przytem nietylko swoją kwasotą, lecz także tem, że daje z nadmaganianem potasu mieszankę manganową

w której najważniejszymi produktami działającemi jest ozon i chlor, pierwszy jako czynnik utleniający, drugi redukujący.

A l s t e r b e r g i H a k a n s s o n przypuszczają, że odczyn Manoiłowa zależy od zmiany ilości ciałek krwi lub zagęszczenia wyciągów z krwi otrzymanych, przyczem zależnie od tych zmian ilościowych następuje odbarwienie lub pozostaje zabarwienie w spostrzeganym odczynie. Dodawanie papayotyny ewent. trypsyny zdaniem tych badaczy służy wyłącznie do tego celu, by wzmocnić ewentualnie za małe ilości organicznych substancji zawartych w badanym wyciągu.

Dhalia w odczynie Manoiłowa jest wskaźnikiem. Kwas solny wedle A l s t e r b e r g a i H a k a n s s o n a służy do stworzenia pewnych określonych warunków optymalnych odczynów (Ph), Thiosinamina jest środkiem redukującym niema jednak większego znaczenia w przybiegu odczynu. Na podstawie powyższych danych autorowie ci dochodzą do przekonania, że odczyn Manoiłowa nie jest swoisty, że nie wskazuje on na istnienie tego czy owego hormonu płciowego a jest tylko wynikiem ilościowych dowolnych zmian w odczynie zależnych od organicznych substancji redukujących. Nie nadaje się przeto zdaniem tych autorów do zastosowania w medycynie sądowej.

K r a s i n s k a j a - I g n a t o w a w ten sposób stara się ująć chemizm odczynu. Jednym z głównych czynników w reakcji jest dhalia, który jest wskaźnikiem. Odbarwienie dhalii zależne jest od stężenia jonów wodorowych (Ph) badanych substancji, a więc w omawianym odczynie głównie od obecności kwasu solnego. Autorka określa odbarwienie jako rezultat utleniania. Co się tyczy dhalii zauważa się przy jego niezupełnym utlenieniu zmianę zabarwienia fjoletowego na różowo-czerwone, bronzowe i żółte. Głównym czynnikiem w odczynie Manoiłowa jest wedle autorki ilość wolnego tlenu, który służy do utlenienia barwika. Od obecności tlenu też zależy w pewnej mierze barwny efekt i natężenie odczynu. Zabarwienie spostrzegane w odczynie wedle Krasinskaja-Ignatowej nie zależy od płci, tylko od ilości krwi biorącej udział w odczynie. Ta sama krew w rozmaitej ilości wzięta, daje szereg zabarwień zarówno typu męskiego jak i żeńskiego.

Liczni inni badacze zasługują tu również na wzmiankę.

C a n u t o G i o r g i o i M a r g r e t h sądzą, że różnica zabarwienia w odczynie Manoiłowa polega na rozmaitej zawartości hemoglobiny i że metoda jest bezwartościową dla określenia płci.

S o ł o w c o w a natomiast przypisuje reakcji doniosłe znaczenie i uważa reakcję za jakościową zależną od hormonów płciowych. Sprzeciwia się ona jednak w wykonaniu próby na mięśniach i narządach wewnętrznych ponieważ tam zdaniem jej nie znajduje się hormon płciowy.

S c h r a t z w swej pracy zaznacza, że mimo wielu dodatnich dotychczas wyników próba Manoiłowa nie znalazła praktycznego zastosowania. Jako jeden z głównych czynników w odczynie uważa autor ten proces utleniająco-redukcyjny. Zdaniem jego odczyn Manoiłowa nie nadaje się do pewnego określenia płci a przedewszystkiem nie nadaje się do zastosowania w medycynie sądowej.

Według P o p o w a u cierpiących na zaburzenia gruczołów dokrewnego wydzielania określenia płci metodą Manoiłowa daje tylko 42% dodatnich wyników, podczas gdy u zdrowych 84%. U ludzi dotkniętych chorobą Basedowa występują wogóle odmienne wyniki t. j. u mężczyzn odczyn kobiecy a u kobiet odczyn męski. Zdaniem Popowa odczyn Manoiłowa może być brany pod uwagę tylko u ludzi zdrowych, gdyż pewne stany chorobowe mogą wpływać na przebieg odczynu M a n o i ł o w a.

Z innych autorów Casabona, Francesko oraz Jetti uważają, że odczyn Manoiłowa nie nadaje się w pierwszych miesiącach ciąży dla określenia płci płodu, ponieważ wypada w tymże czasie bardzo rzadko dodatnio.

Tego samego zdania jest Stępowski. Uważa on że odczyn Manoiłowa nie może być zaliczony do swoistych, a to tembardziej, że niekiedy i procesy nowotworowe wpływają ze swej strony nieswoiście na przebieg odczynu.

Ovtschinnikov i Schischov wnikając w istotę odczynu Manoiłowa wykazują, że jest on zależny od zawartości i rodzaju białka krwi, od hemoglobiny, ciężaru gatunkowego surowicy i innych jeszcze czynników. Rozmaite zaburzenia przemiany materji mogą zmienić ilość składników i tem samem uzależnić wynik odczynu. W medycynie sądowej, gdzie badania muszą być oparte na zupełnie pewnych danych odczyn Manoiłowa wedle Ovtschinnikova i Schishova jako niepewny nie może mieć zastosowania.

Biorąc pod uwagę rozliczne i tak sprzeczne wyniki badań i zdań o wartości odczynu Manoiłowa zadaniem niniejszej pracy było stwierdzenie, czy odczyn ten można zastosować w badaniach sądowo-lekarskich przedewszystkiem przy odróżnianiu kości niewiadomego pochodzenia zwłaszcza wówczas, kiedy dostają się one do badania jako drobne cząstki i kiedy niema podstaw anatomicznych by na kośćcu płeć odróżnić.

Manoiłow podał 36 różnych modyfikacji swej metody z których tylko trzy są godne uwagi i zastosowania (zdaniem samego autora). Ponieważ t. zw. przez Manoiłowa trzecia modyfikacja daje największą liczbę dodatnich wyników zastosowałem ją w swych badaniach jako najbardziej pewną. Przy tejże modyfikacji rozporządzamy następującymi odczynnikami (5).

Odczynnik 1) 1% wodny roztwór papayotyny Merck lub trysyny ewent. pepsyny.
„ 2) 1% alkoholowy roztwór dhalia „Grübler".
„ 3) 1% wodny roztwór nadmanganianu potasu (MnO_4).
„ 4) 40% roztwór kwasu solnego.
„ 5) 2% wodny roztwór thiosinaminy.

W badaniach mych używałem zamiast papayotyny trypsyny.

Odczynnik 1) i 3) należy ex tempore przygotować (po pewnym czasie psują się).

Odczynnik 5) przygotowuje się w ten sposób, że robimy roztwór w gorącej wodzie i przesączamy.

Probówki powinny być idealnie czyste i suche.

Odczynniki muszą być chemicznie czyste (Merck, Grübler).

Również pipetki a raczej wyloty tychże muszą być jednakowej wielkości, by krople dodawanych odczynników były równe.

Materjał przygotowaliśmy następująco:

10 — 15 gr. kości oczyszczonych z części miękkich rozdrabniano i rozcierano w moździerzu, a następnie uzyskany sproszkowany materjał dawano do kolbek i zalewano 25 — 30 cm. płynu sporządzonego z 50 cm. 1% wodnego roztworu cytrynianu sodu, 75 cm. roztworu fizjologicznego NaCl i 10 kropli 10% roztworu ługu potasowego (KOH). Następnie pozostawiano mieszankę w temperaturze pokojowej 1 — 2 godzin a potem przeprowadzano próbę w niżej opisany sposób.

Do 2 — 3 cm. przesączonego wyciągu dodawano 10 kropel typsyny; po 1 — 2 minutach 3 krople barwika dhalii, następnie 10 kropel nadmanganianu potasu, potem 3 krople kwasu solnego i wreszcie 5 kropel thiosinaminy.

Po dodaniu kwasu solnego i thiosinaminy silnie wstrząsano.

Po oddaniu 5 wymienionych odczynników w wyżej wspomnianej kolejności w obecności czynnika męskiego powinno nastąpić odbarwienie, w obecności zaś żeńskiego odczyn przybiera zabarwienie ciemnoliljowe do bronzowo-żółtego.

Ilość kropel nadmanganianu potasu wpływa jak stwierdziłem na stopień zabarwienia. Przy użyciu mniejszej liczby kropel nadmanganianu potasu (Manoiłow poleca używać 10 kropel), bez zmiany liczby kropel innych odczynników stwierdzałem zawsze ciemniejszy stopień zabarwienia. Należało przeto ustalić najmniejszą liczbę kropel nadmanganianu potasu przy której występuje jeszcze zabarwienie ewentualnie następuje odbarwienie.

Każdorazowa serja prób wymaga przeto określenia wzorcowego odczynu. Ustalając wzorzec podczas wykonywania każdej serji prób, t. j. dodając wszystkie odczynniki według wskazówek Manoiłowa przy trzeciej modyfikacji bez dodania wyciągu badanego materjału, a zmieniając tylko liczbę kropel nadmanganianu potasu t. j. dodając do każdej następnej probówki o jedną kroplę więcej okazało się, że początkowe zabarwienie ciemno - fioletowe przechodzi stopniowo w zabarwienie ciemnoróżowe, różowe, bronzowe, żółte i wreszcie znika. We wzorcu mogą również powstać odchylenia w zależności od czystości odczynników.

Dalej zauważyłem odmienne wyniki przy wykonywaniu tejże samej próby z tym samym materjałem w probówkach o szkle rozmaitego rodzaju. Mianowicie chodzi tu o chemiczne działanie szkła na wyciąg jakoteż odczynniki. Szkło jest krzemianem podwójnym. Może być szkło sodowe i potasowe. Krzemian sodowy stosunkowo łatwo przechodzi do wody i nadając jej odczyn zasadowy może być przyczyną zmiany reakcji. Dlatego też najlepiej jest używać w odczynie Manoiłowa probówki ze szkła jenajskiego.

Podczas wykonywania próby Manoiłowa należy zwrócić uwagę na ilość wyciągu pobranego do przeprowadzenia reakcji.

Okazało się w badaniach moich podczas wykonywania szeregu prób, że użycie większej ilości wyciągu zbadanego materjału daje wyniki zgoła odmienne jakie należałoby się spodziewać, na co między innemi może wpływać też i rozcieńczenie odczynników wchodzących w reakcję. Również użycie małych ilości wyciągów może wpływać ujemnie na przebieg reakcji.

Spostrzeżenie to potwierdza przypuszczenie innych autorów, że odczyn Manoiłowa jest odczynem ilościowym i nie zależy „od czynnika żeńskiego" czy też „męskiego" w badanym materjale.

Dla ilustracji powyższego spostrzeżenia przytoczę tu wyniki badań w których użyłem 1 — 4 cm. badanego wyciągu z kości męskiej, przyczem okazało się, że odczyn można dowolnie zmieniać w męski lub żeński zmieniając ilość centymetrów badanego płynu, rozumie się przy zachowaniu jednakowej ilości odczynników, stale używanych w reakcji.

Tablica I.

Ilość wyciągu w cm.	Kość żeńska	Kość męska	Wątroba żeńska	Wątroba męska
1 cm.	fjolet.	fjol. bronz.	fjolet.	bronz.
1,5 „	różowe	bronz. żółte	odbarwien.	różowe
2 „	żółte	odbarwienie	ciemno-żółte	odbarw.
2,5 „	odbarw.	„	różowe	„
3 „	róż.-bronz.	żółte	fjolet.	bordo
3,5 „	purpur.	bronz. fjol.	„	bronz.
4 „	ciem.-bronz.	fjolet.	„	fjolet.

Jak tablica I wskazuje zabarwienie końcowe w odczynie t. j. fjoletowe charakterystyczne dla odczynu żeńskiego lub odbarwienie odczynu charakterystyczne dla czynnika męskiego daje się łatwo uzyskać bez różnicy na płeć zmieniając tylko ilość badanego wyciągu. Wynika więc z tego, że tylko pewna ustalona i ograniczona ilość wyciągu powoduje odbarwienie ewentualnie zabarwienie. Wynikałoby z tego również, że odczyn jest niezależny od jakości płci, lecz że jest zjawiskiem ilościowym.

Zmieniając ilość dodawanych odczynników w pierwszym rzędzie nadmanganianu potasu można również dowolnie wywoływać odczyn

męski jakoteż żeński niezależnie znów od materjału, który podlega badaniu. Tak naprz. w doświadczeniach moich ustaliłem, że gdybyśmy chcieli jedynie schematycznie ująć odczyn Manoiłowa i dodawać do każdego wyciągu po 10 kropel nadmanganianu potasu jak to Manoiłow poleca, to wówczas odczyn może być w zupełności niepewny i nie przyczyniać się do określenia płci. Wynik badań w tym kierunku wskazuje poniżej umieszczona tablica II.

Tablica II.

Ilość dodanych kropli $KMnO_4$	Kość męska	Kość męska	Kość żeńska	Kość żeńska
1	fjolet	fjole'.	fjolet.	ciem.-fjol.
2	fjol. bronz.	„	„	„ „
3	bronzowe	jasno fjol.	fjol.-bronz.	fjolet.
4	różowe	bronzowe	bronzowe	fjol -bronz.
5	„	„	„	„ „
6	żółte	purpur.-bronz.	ciem.-róż.	bronz.
7	słabo-żółt.	„ „	jasno-róż.	karmin
8	odbarwienie	różowe	„ „	„
9	„	jasno-róż.	żółte	ciem.-róż.
10	„	kanarkow.	prawie przezr.	„ „
11	„	żółte	odbarwienie	jasno-róż.
12	„	odbarwienie	„	„ „
13	żółe	„	„	„ „
14	bronz.-żółt.	„	żółte	żółte
15	fjolet.	żółte	bronz.	słabo-przezr.

Zapobiec tego rodzaju niepewnym wynikom możnaby przez wprowadzenie poprawki w odczynie ustalając każdorazowo, jaka przedewszystkiem ilość kropli nadmanganianu potasu jest potrzebna do wywołania odpowiedniego odczynu. Jednak tego rodzaju poprawka przedstawia dla badającego niezmierne trudności w przypadkach w których nie wie zgóry jakiego pochodzenia jest materjał badany.

Manoiłow wykazał w szeregu badań, że brak któregokolwiek z odczynników w jego odczynie wpływa na odczyn ujemny, że przeto wszystkie odczynniki, które on podał uczestniczą w reakcji i muszą być bezwzględnie użyte dla otrzymania prawidłowych wyników.

Papayotyna wedle Manoiłowa służy do rozszczepienia białka i uwolnienia swoistych hormonów płciowych. Ponieważ tego rodzaju hormony jak liczne badania wskazują w przebiegu odczynu, prawdopo-

dobnie nie wchodzą w rachubę, wynika, że albo papayotyna jest zbędną w odczynie, albo odgrywa jakąś inną rolę.

Doświadczenia Schratza wykazały, że przez dodanie większych i mniejszych ilości papayotyny bez dodania wyciągu z badanych tkanek można uzyskać tak odczyn żeński jak i męski, innemi słowy ilość papayotyny może zastąpić substancje organiczne wyciągu i dać odczyn raz męski inny raz żeński. Rolę barwika - dhalia — jako wskaźnika w omawianym odczynie można najłatwiej określić. Używany w odczynie Manoiłowa nadmanganian potasu działa w pierwszym rzędzie na substancje organiczne z wyciągów narządu utleniając je, a następnie dopiero działa utleniająco na dhalję, przyczem odbarwienie wskazuje na końcowy proces utleniania. Kwas solny przyśpiesza przez zakwaszenie wyciągu proces utleniania. Thiosinamina w odczynie Manoiłowa działa najprawdopodobniej jako środek redukujący przez co pośrednio ma wpływ na odbarwienie się dhalii.

Można przeto chemizm odczynu Manoiłowa w ten sposób tłumaczyć: dodany nadmanganian potasu utlenia w pierwszym rzędzie substancje organiczne wyciągu jako łatwiej utleniające się, a następnie działa na barwik dhalię. Jeżeli w wyciągu znajduje się więcej substancji redukujących aniżeli środka utleniającego ($KMnO_4$), to w tym wypadku barwik się nie utlenia: powstaje odczyn żeński. Jeżeli dodamy w dostatecznej ilości środka utleniającego, przeważa on wówczas nad substancją redukującą: następuje odbarwienie, reakcja daje odczyn męski. Ponieważ w ustroju żeńskim, jak badania wykazują, znajdują się większe ilości substancji redukujących przeto staje się zrozumiałem dlaczego w odczynie Manoiłowa wyciągi z narządów męskich łatwiejszą i szybszą dają reakcję i łatwiej doprowadzają do odbarwienia wskaźnika dhalii.

Bardzo krytycznie jak już we wstępie wspomniałem zapatruje się Prawdicz-Neminsky ze stanowiska chemicznego na przebieg odczynu. Według tegoż autora niema papayotyna żadnego znaczenia w reakcji. Największe znaczenie przypisuje on słusznie nadmanganianowi potasu. Autor ten porównując działanie kwasu solnego na nadmanganian potasu z działaniem kwasu siarkowego dochodzi do wniosku, że również i przy działaniu kwasu solnego jak i kwasu siarkowego jako produkt pośredni powstaje kwas manganowy ($2HMnO_4$), który natychmiast się rozpada wytwarzając ozon. Prócz tego przy działaniu kwasu solnego na nadmanganian potasu już w niskiej temperaturze powstaje wolny chlor, który ze swej strony może działać odbarwiająco. Thiosinamina, która jest utleniającą się substancją redukuje nadtlenek manganu, który powstaje przez działanie kwasu solnego na nadmanganian potasu i wskutek tego można kwas thiosinaminowy zamienić wedle Neminskiego w odczynie Manoiłowa również kwasem szczawiowym.

Badania doświadczalne.

Do badań używałem materjału uzyskiwanego przy sekcji zwłok, nadto badałem kości pochodzenia dawniejszego, znajdywane przypadkowo przy pracach ziemnych na terenie Wilna, jak również otrzymanych z Zakładu Anatomji Opisowej U. S. B. Prócz kości z narządów wewnętrznych badałem na odczyn Manoiłowa wątrobę, śledzionę, płuco, jajniki, jądra i macicę.

Wykonanych było 3000 prób w 160 serjach z kośćmi ludzkiemi, przyczem stwierdziłem, że kości świeże uzyskane przy sekcji zwłok dawały o wiele większy procent dodatnich wyników przy określaniu płci aniżeli kości stare zwłaszcza wysuszone.

Kości świeże uzyskane przy sekcji dawały możność trafnego określenia płci do 76%, podczas gdy kości stare, wysuszone dawały odczyn dodatni właściwy danej płci zaledwie w 10% przypadków. *)

Z narządów wewnętrznych na szczególniejszą uwagę zasługuje wątroba. Wyciągi z wątroby kobiecej dają bardzo wyraźny odczyn żeński, a wyciągi z wątroby męskiej dają bardzo wyraźny odczyn męski. Na 250 prób wykonanych przezemnie z wątrobami ludzkiemi uzyskałem 88% wyników dodatnich, a zatem znacznie większy odsetek aniżeli przy badaniu kości. Zaznaczyć należy, że Wolański wykonując odczyn Manoiłowa na materjale zwierzęcym przy badaniu wątroby uzyskał 100% dodatnich wyników.

Z 70 prób wykonanych z wyciągami tkanki płucnej również jak i przy użyciu wątroby odczyn Manoiłowa dawał znaczny procent wyników dodatnich, przeciętnie 74,2%.

Śledziona również daje dość duży odsetek dodatnich wyników. W badaniach moich wykazała przeciętnie 68,7%.

Niezmiernie ciekawem jest, że gruczoły płciowe dają stosunkowo niski procent dodatnich wyników.

W badaniach moich na 70 prób wykonanych z tkanką jądra męskiego uzyskałem zaledwie w 40 przypadkach t. zw. odczyn męski, czyli 42,9% dodatnich wyników.

Próby z wyciągiem jajników dawały odsetek o wiele mniejszy. Na 60 prób wykonanych z jajnikami uzyskałem zaledwie w 7 przypadkach t. zw. odczyn żeński, czyli 11,6% dodatnich wyników.

Spostrzeżenia moje w tym kierunku nie są odosobnione. Prawdicz-Neminsky badając spermę męską, jak również wykonując odczyn Ma-

*) Kości stare uzyskane przy pracach ziemnych, a użyte do badania były najpierw określane anatomicznie do jakiej płci należały (brano pod uwagę budowę miednicy).

noiłowa ze sperminą Poehla uzyskiwał w przeważnej ilości przypadków odczyn żeński.

Z 50 prób wykonanych z macicą 30 dało odczyn żeński, a 20 odczyn męski czyli dodatnich wyników było 60%.

Jak z powyższych badań wynika procent dodatnich wyników w poszczególnych narządach jest rozmaity a czasem daleko od siebie odbiegający. Jedynym i bardzo charakterystycznym jest ten szczegół, że w badaniach moich nie mogłem uzyskać z żadnym narządem trafnego określenia płci ze 100%-wą pewnością.

W czasie wykonywania badań na odczyn Manoiłowa z kośćmi i innemi narządami wyłoniły się niektóre ważne zagadnienia. Szczególnie zasługiwały na podkreślenie dane jak naprz. to, że kości ze sekcji a więc świeże dają o wiele większy procent dodatnich wyników, aniżeli kości stare wysuszone.

Następnie, że wątroba daje o wiele większy procent dodatnich wyników, aniżeli inne narządy wewnętrzne a przedewszystkiem gruczoły płciowe t. j. jajniki lub jądra.

Celem wyjaśnienia powyżej poruszonych zagadnień musieliśmy uwzględnić ważny szczegół stwierdzony zgodnie przez licznych autorów a mianowicie, że odczyn Manoiłowa najwyraźniej wypada z krwią bo 80 do 96%.

Jeśli przeto odczyn Manoiłowa jest istotnie związany przedewszystkiem z obecnością krwi względnie hemoglobiny lub jej pochodnych, to staje się zrozumiałem, że w kości świeżej stosunkowo znaczna ilość krwi zawartej jeszcze w szpiku i kanalikach Haversa może wpływać dodatnio na przebieg odczynu. W kościach wysuszonych starych, gdzie brak jest krwi lub gdzie uległa ona daleko posuniętym zmianom odczyn tem samem staje się niejasnym lub też zgoła wypada ujemnie.

Za tego rodzaju przypuszczeniem przemawiałby inny jeszcze szczegół stwierdzony w naszych badaniach, a stwierdzony również i przez innych autorów a mianowicie, że wątroba daje z narządów wewnętrznych najwyraźniej odczyn charakterystyczny dla danej płci. Ponieważ wątroba należy do najbardziej ukrwionych narządów skłonni byliśmy przyjąć, że i ten narząd daje często dodatnie wyniki jedynie dzięki obfitej zawartości krwi a nie hormonów płciowych jak to zdaniem mojem niesłusznie przyjmują niektórzy badacze. Spostrzeżenie moje zgadzałoby się przeto z poglądami tych autorów, którzy uzależniają odczyn Manoiłowa od obecności i ilości hemoglobiny.

Jeśli dalej przyjmiemy według niektórych badaczy, że odczyn Manoiłowa zależy od rozmaitej ilości substancji organicznych redukujących, znajdujących się w wyciągu, a nie od hormonów płciowych i że z powodu chwiejności tychże występuje raz odczyn męski drugi raz

odczyn żeński, to przyjść musimy do przekonania, że czynnik mający określić płeć w odczynie Manoiłowa jest bardzo niepewny i chwiejny.

Odczyn Manoiłowa nie nadaje się zdaniem mojem do określenia na podstawie różnych tkanek płci, a w szczególności tak doświadczenia tej pracy wykazują nie może ten odczyn znaleźć zastosowania przy określaniu do jakiej płci należy kość badana.

Ponieważ w badaniach moich szczególną uwagę zwróciłem na tkankę kostną, podkreślić muszę jeszcze, że przy kościach starych wysuszonych ilość użytego wyciągu nie ma wpływu na zmianę zabarwienia odczynu i na przebieg odczynu. Szczegół ten znów podkreśla dobitnie, że odczyn Manoiłowa wykonany z kośćmi zależny jest jedynie od obecności w nich krwi a nie jakiegoś innego czynnika bliżej nieokreślonego, który tak Manoiłow jak niektórzy jego zwolennicy uważają za swoisty hormon płciowy.

B i e d l pracując z optonami wyciągów jąder, jajnika, łożyska, ciałka żółtego oraz tarczycy zawsze otrzymywał jednaki stopień odbarwienia. Przypuszcza on, że nie chodzi tu o swoisty hormon płciowy i że charakterystycznem jest nie odbarwienie z krwią męską tylko wstrzymanie odbarwienia przez krew żeńską.

Kości świeże a zatem zawierające jeszcze krew, utrwalone w formalinie a następnie przez płukanie wodą uwolnione od formaliny dawały również dodatnie wyniki w odczynie Manoiłowa. Szczegół ten zasługuje na uwagę z tego względu, iż wskazywałby, że barwik krwi zmieniony działaniem formaliny w hematynę posiada jeszcze własności wykazywania odczynu Manoiłowa. W kościach przeto starych wysuszonych albo krwi zupełnie niema i dlatego odczyn wypada ujemnie, lub też barwik krwi dał dalsze pochodne hemoglibiny aniżeli hematyna.

Opierając się na wynikach wyżej przytoczonych badań należy dojść do wniosku, że odczyn Manoiłowa nie może być zastosowany w badaniach sądowo - lekarskich, z wielu względów. Przedewszystkiem z powodu niepewnych dodatnich wyników samej próby, a następnie z powodu licznych czynników wpływających ujemnie na reakcję, a powstających w ustroju pod wpływem procesów patologicznych na co zwracają uwagę inni autorowie. Procesy te częstokroć na materjale sądowolekarskim a zwłaszcza kościach nie mogą być określone.

Streszczenie.

1) Odczyn Manoiłowa zależny jest najprawdopodobniej od obecności barwika krwi t. j. hemoglobiny i jej pochodnych t. j. do hematyny włącznie.

2) Narządy lepiej ukrwione dają większy procent dodatnich wyników od narządów mniej ukrwionych.

3) Ilość użytego wyciągu odgrywa ważną rolę w przebiegu odczynu.

4) Zmieniając ilość wyciągu badanego, możemy dowolnie odczyn Manoiłowa zmieniać, otrzymując reakcję tak męską jak i żeńska.

5) Kości świeże dozwalają na określenie płci w 76% przypadków, kości stare zaledwie w 10%.

6) Odczyn Manoiłowa jest odczynem niepewnym, nie daje pewnych i konkretnych danych w określaniu płci i nie może przeto znaleźć zastosowanie w medycynie sądowej zwłaszcza przy określaniu pochodzenia kości.

Die Manoiloff-Reaktion und ihre Anwendung in der gerichtlichen Medizin.

Die Aufgabe dieser Arbeit war die Feststellung, ob die Manoiloff-Reaktion, die bisher nur eine klinische und biologische Bedeutung hatte, auch in der gerichtlichen Medizin zwecks Geschlechtsbestimmung eine Anwendung finden könnte.

Es wurden 3000 Proben in 160 Serien ausgefürt und zwar: besonders mit Knochen, ausserdem mit Milz, Lunge, Leber, Hoden Eierstock und Gebärmutter — Gewebe.

Auf Grung dieser Untersuchungen kommt der Verfasser zum folgenden Schluss:

1. Die Manoiloff-Reaktion ist wahrscheinlich von der Anwesenheit des Blutfarbstoffes — des Hämoglobins und seiner Deriwate bis zum Hämatin einschliesslich abhengig.

2. Die Blutreiche Organe geben einem grösseren Prozentsatz positiver Resultate als die blutarme Organe.

3. Die Menge des zur Ausführung der Reaktion gebrauchten Extraktes hat auf den Verlauf und Resultat der Reaktion eine grosse Rolle.

4. Varierend die Quantität des Extraktes, kennen wir das Resultat der Reaktion beliebig ändern und zwar: sowohl die männliche, wie auch die weibliche Reaktion erhalten.

5. Die zur Ausführung der Geschlechtsbestimmung-Reaktion angewerdete frische Knochen ergaben ein ca. 76% positives Resultat, während die alte Knochen nur ein 10% positives Resultat.

6. Die zur Geschlechtsbestimmung angewendete Manoiloff - Reaktion — ergibt keine verlässliche und konkrete Resultate und kann daher in der gerichtlichen Medizin keine Anwendung finden, besonders zur Bestimmung der Geschlechtsabstammung der Knochen.

PIŚMIENNICTWO.

1. Alsterberg u. Hakansson. Biochem. Zeitschr. Bd. 176. H.4₂6. str. 251 — 265. 1926.
2. Białoszabski. O nowej biochemicznej metodzie Kosjakofa badania włosów i znaczenia tej metody dla med. sąd. Czasop. sąd.-lek. r. III, Nr. 3. 1930.
3. Calisto. 1926. Sur la reaktion de Manoilof chez le cobaye. C. R. Soc. Biol. 94, 3904.
4. Canuto Giorgio. Ger. Med. Bd. VI. str. 681.
5. Casabona. Ger. Med. XIV. H. 3, str. 126, 1929.
6. Dewitz. Untersuchungen über die Gesohlechssuterschiede II. Untersuchungen mit der Blutflüssigkeit der Insekten. Zentr. für Physil. 1912. Bd. 26, s. 215.
   ,, Die Wasserstoffsuperoxidzersetzende Fähigkeit der männlichen und weiblichen Schmetterlingspuppen. Zentr. f. Physiol. 1908. Bd. 22. str. 145.
7. Dyke i Schurmeyer. Ger. Med. Bd. VI. s. 681.
8. Francesco. Ger. Med. Bd. XVI, H. 6, s. 381, 1931.
9. Ferreira de Mira. Ger. Med. Bd. XI. S. 338.
10. Gurewitsch. Die Geschlechtsbestimmung der Frucht auf Grund der Manoiloffschen chemischen Reaktion des mütterlichen Bluttes. Münch. Med. Woch. 1924. Bd. 71, s. 1817.
11. Gruess. Ger. Med. Bd. 12, s. 148.
12. Jegoroff. Wracz. Gaz. Jg. 27, Nr. 24, s. 516, 1923.
13. Jetto. Ger. Med. Bd. XVI, H. 6, s. 982, 1931.
14. Kresiment. Zur Frage einer Geschlechtsreaktion an den Haaren. Ger. Med. H. 3 u. 4, s. 257.
15. Kosjakoff. Zur Frage des Biochem. Geschlechtsdimorfismus der Hautgebilde. Ger. Med. Bd. XV, H. 1, s. 88.
16. Krasinskaja Ignatova. Farbige Blutreaktion zur Geschlects-bestimmung. Ger. Med. Bd. XIII, H. 4.
17. Lipschitz, u. Voss. Experimenteller Hermafroditismus und Antagonismus der Geschlechtsdrusen. Pflügers-Archiv f. d. Ges. Phys. Bd. 207, H. V i VI. s. 583, 1925.
18. Macaggi. Ger. Med. Bd. XI, s. 206.
    ,, Ger. Med. Bd. VI, s. 468.
    ,, Ger. Med. Bd. XII, s. 147.
19. Manoiloff. Wracz. Gaz. Jg. 27, Nr. 15, s. 345, 1923.
    ,, Wracz. Gaz. Jg. 27, Nr. 21 — 22, s. 453, 1923.
    ,, Wracz. Gaz. Jg. 28, Nr. 1, s. 15, 1924.
    ,, Weitere Erfahrungen über meine chemische Blutreaktion zur Geschlechtsbestimmung bei Menschen, Tieren und durch Chlorophyll bei Pflanzen. Munch. Med. Woch. Jg. 71, Nr. 51, s. 1784, 1924.
    ,, Eine chemische Blutreaktion zur Rassenbestimmung bei Menschen. Münch. Med. Woch. 1924, Bd. 71, s. 2186.
20. Margreth. Giovanni. Ger. Med. Bd. VI. s. 681.
21. Ovtschinnikov i Schischov. Ger. Med. Bd. XV, H. 1, s. 21, 1930.

22. Prawdicz-Neminsky. Ueber die Reaktion des Blutes zur Geschlechtsbestimmung. Bioch. Zeitschr. Bd. 192, H. 4 i 6, 1928.
23. Polonowski i Baulanger. Ger. Med. Bd. XIV. H. 4, s. 190, 1929.
24. Popov. Zur Frage uber das Geschlechtshormon von Manoiloff bei einigen endokrinen Erkrankungen. Münch. Med. Woch. 1925, Bd. 72, s. 2139.
25. Schratz. Zur Frage der Geschlechtsdiagnose auf Gung Chemischer Reaktion. Biol. Zentr. Bd. 46, s. 727, 1926.
26. Solowcowa. Reakcja Manoiłowa i jejo biołogiczeskoje znaczenije i pierspiektivy 1927.
27. Sano Junkichi. Ger. Med. Bd. XI, s. 122.
28. Stępowski. Odczyn Manoiłowa w położnictwie. Asch. Ginek. Pol. r. 1931.
29. Schmidt u. Perevoskaja. Physiologisch-Chemische Begründung der Manoifoll-Reaktion. Biochem. Zeitschr. 1926, Bd. 176, s. 189.
30. Wolański. Akta Biol. Exper. Vol. VI. Nr. 10, 1931.

Doc. Dr. LUDWIK ZEMBRZUSKI.

ORZECZNICTWO W SCHORZENIACH CHIRURGICZNYCH.

Rozważania niniejsze na temat orzecznictwa w dziedzinie chirurgji nie są przeznaczone dla lekarzy specjalistów - chirurgów, lecz wogóle dla lekarzy - praktyków, powoływanych nieraz do sporządzania orzeczeń w różnego rodzaju stanach zdrowia, a zatem również w schorzeniach chirurgicznych i ortopedycznych.

I. Część ogólna.

Jak w innych gałęziach medycyny, tak też i w chirurgji orzecznictwo jako czynność lekarza orzekającego, względnie biegłego, składa się z następujących momentów:

1. Badania
2. Opisania wyników badania
3. Rozpoznania
4. Właściwego orzeczenia, t. j. odpowiedzi co do stanu zdrowia, co do stopnia zdolności lub niezdolności do pracy wogóle lub w danym zawodzie, co do zdatności do pełnienia określonej odpowiedzialnej funkcji (np. maszynisty, szofera, żołnierza, pielęgniarki i t. p.), co do uleczalności lub nieuleczalności tego lub innego rodzaju sprawy chorobowej, rozpoznanej u badanego osobnika i t. p.

1. Badanie.

Badanie z punktu widzenia chirurgicznego m a n a c e l u zdanie sobie sprawy z istniejących zmian anatomicznych i fizjologicznych (czynnościowych) w poszczególnych narządach ustroju, dotyczących zboczeń w ich stanie, budowie, kształcie, ułożeniu, funkcjach i t. p. w porównaniu ze stosunkami normalnemi.

Każde badanie lekarskie, a więc i chirurgiczne, w y m a g a c z a s u i d o ś w i a d c z e n i a fachowego, jeżeli ma odpowiadać stawianym mu wymaganiom.

C z a s — to rzecz drogocenna, należy nim szafować oszczędnie, a jednocześnie umiejętnie go wyzyskać, dlatego badanie powinno być przeprowadzone p l a n o w o i s y s t e m a t y c z n i e czyli według pewnego ustalonego schematu.

D o ś w i a d c z e n i e — zdobywa się z biegiem czasu, w miarę gromadzącego się materjału. Wskazówek praktycznych i szczegółowych w tym zakresie udzielić niepodobna.

Sama czynność badania składa się z w y w i a d ó w (anamnezy) i w ł a ś c i w e g o b a d a n i a.

O d w y w i a d ó w zaczyna się badanie i rezultat ich wpisuje się do schematów, któremi posiłkują się różne instytucje ubezpieczeniowe, zakłady państwowe i społeczne, przedsiębiorstwa przemysłowe i t. p. Do schematów tych należy stosować się w każdej specjalności, zatem i w chirurgji, tembardziej, że przedstawiają one, jak wiadomo, różne modyfikacje zależnie od potrzeb tych lub innych instytucyj.

Dla zebrania wywiadów nie należy badanemu, wchodzącemu do pomieszczenia, gdzie ma się odbywać badanie, kazać się odrazu rozbierać i tymczasem, gdy to czyni, zadawać mu dorywcze pytania, jak to nieraz ma miejsce. Natomiast należy go prosić, by spoczął, ośmielić go, pozyskać jego zaufanie (każdy badany w dziedzinie orzecznictwa jest nieufny i podejrzliwy!), traktować go łagodnie oraz przekonać, że mówienie prawdy leży w jego interesie, a przeciwnie — mijanie się z nią — może mu zaszkodzić.

Bardzo ważnem jest przytem zwracanie uwagi już w chwili, gdy badany wchodzi do pokoju badań, na sposób jego zachowania się: na jego ruchy, chód, siadanie, gestykulację, mimikę, zwłaszcza jeżeli podczas wstępnej rozmowy udaje się odwracać uwagę badanego od jego stanu czy cierpienia i tym sposobem czynić porównawcze spostrzeżenia (dla obserwacji chirurgicznej bardzo ważne!).

Po takiej wstępnej rozmowie i pierwszem powierzchownem niejako zaznajomieniu się z badanym, przystępujemy do właściwych wywiadów, stosownie do potrzeb instytucji, która danego osobnika do badania skierowała i zapisujemy odpowiedzi oraz dane anamnestyczne do właściwych rubryk w schematach. Nie przeszkadza to jednak, ażeby w razie potrzeby, rozszerzać treść tych ostatnich t. j. odnotowywać ponadto wszystko, co uważamy za konieczne.

W ł a ś c i w e b a d a n i e: jakikolwiek byłby porządek badania, wyrażony w schemacie, korzystnem jest dla oszczędności czasu i dokładności badania nie trzymać się niewolniczo tego porządku, lecz, zwłaszcza w przypadkach chirurgicznych, stosować przyjętą metodę badania systematycznego klinicznego i wyniki zapisywać (notować) oddzielnie (t. j. nie odrazu na schemacie), a dopiero następnie z notatek

własnych wypełniać schemat. Dobrze jest jednak przedtem zapoznać się z układem schematu, jeżeli jest nieznany, jako też koniecznem jest zaznajomienie się z aktami, przesłanemi przez instytucję (zakład), kierującą danego osobnika do orzeczenia, a zwłaszcza z historjami chorób, świadectwami lekarskiemi i t. p.

Przed przystąpieniem do badania właściwego, należy polecić badanemu rozebrać się całkowicie. Jest to w chirurgji zasada nader ważna, od której odstępować nie wolno. Być może, iż w zakresie schorzeń t. zw. wewnętrznych wystarcza niekiedy badanie stopniowe: klatki piersiowej, brzucha i t. d., przy kolejnem obnażaniu tylko tych części ciała, w chirurgji jednak to nie wystarcza w żadnym razie. Np. przy skróceniu jednej z kończyn dolnych może rozwinąć się po pewnym czasie statyczne skrzywienie kręgosłupa (scoliosis) i, badając tylko stan kończyny, nie zauważylibyśmy tego skrzywienia; garb gruźliczego pochodzenia w części lędźwiowej kręgów często daje ropień opadowy w podbrzuszu i w górnej części uda: — nie rozebrawszy całkiem badanego, a ograniczywszy się tylko do obejrzenia garbu (posiadającego wprawdzie znaczenie decydujące), przepuścilibyśmy obecność ropnia.

Już podczas rozbierania się badanego zwracamy uwagę na ruchy, które przytem wykonywa— rękami, nogami, głową, tułowiem i t. p. Np. obserwujemy, którą kończynę górną najpierw wyciąga z rękawów, jak się nachyla, czy zdejmuje obuwie stojąco, czy siedząco i jak to czyni? Czy szczególnie oszczędza przytem którąś z kończyn, lub któryś ze stawów?

Następuje ogólny rzut oka (niejako krytyczne wejrzenie) na rozebranego badanego, na jego ogólny wygląd (aspectus) t. j. na stan powłok zewętrznych, budowę ogólną, anomalje, asymetrję, blizny, guzy, skrzywienia, nieprawidłowe trzymanie się, żylaki i t. p. oraz na miejsce, mające być przedmiotem szczegółowego badania. Przy pewnej wprawie i doświadczeniu dochodzi się do tego, że już na ten pierwszy rzut oka poznaje się najważniejsze odchylenia od normy.

Po tym ogólnym przeglądzie przystępujemy do badania części, czy narządu chorego lub uszkodzonego, słowem zmienionego z punktu widzenia chirurgicznego (wzgl. ortopedycznego). Który ma być ów narząd, to wynika oczywiście z wywiadów, często z obejrzenia ogólnego, oraz ewentualnie z akt.

Ogólna metodyka badania z punktu widzenia chirurgicznego.

Do badań schorzeń chirurgicznych posiłkujemy się, podobnie jak w innych dziedzinach medycyny, zmysłami — wzroku, dotyku, słuchu, powonienia oraz specjalnemi przyrządami.

Przy pomocy w z r o k u zdajemy sobie sprawę z umiejscowienia zmian anatomicznych i ich położenia w stosunku do narządów, oraz z ich wielkości, kształtu i zabarwienia, jak również ze stanu i rozległości ruchów czynnych narządów badanych i niektórych ruchów biernych, jak np. ruchomości oddechowej klatki piersiowej, powłok brzusznych, z objawów tętnienia w niektórych okolicach ciała, w pewnych guzach i t. p. Np. w przypadku guza na plecach zauważamy jego rozmiar, kształt, położenie, stosunek do łopatki, do kręgosłupa, zabarwienie skóry na guzie i t. p. Za pomocą wzroku orjentujemy się w ruchach czynnych stawu badanego, spostrzegamy jego kształt, obrzęk, zgrubienia. Wzrokiem spostrzegamy: istnienie niedowładów, wybitniejszych zaników mięśni, asymetrję. Pamiętać przytem zawsze należy o p o r ó w n y w a n i u o b u s t r o n c i a ł a.

D o t y k i e m i o b m a c y w a n i e m stwierdzamy konsystencję i napięcie tkanek, miejscową temperaturę, chełbotanie, trzeszczenie, ruchomość lub nieruchomość (np. guzów, blizn), ruchomość anormalną (np. w przypadkach stawów wrzekomych-pseudarthrosis), wreszcie mniejszą lub większą wrażliwość lub bolesność na dotyk i ucisk.

S ł u c h e m posiłkujemy się w chirurgji przy osłuchiwaniu i opukiwaniu klatki piersiowej oraz brzucha, w razie umiejscowienia w nich zmian natury chirurgicznej, dalej przy wysłuchiwaniu szmerów w guzach (np. w tętniakach — aneuryzmatach) oraz trzeszczeń w stawach, pochewkach ścięgnistych i t. p.

Oczywiście w wielu przypadkach orjentować się możemy w stosunkach przy pomocy stosowania równoczesnego paru zmysłów, np. trzeszczenie w stawie możemy wyczuwać palcami i zarazem słyszeć je.

N a r z ę d z i a i p r z y r z ą d y w orzecznictwie chirurgicznem doraźnem lekarza - praktyka, nie specjalisty, nie są zbyt liczne, lecz te, które poniżej wymienimy, są wystarczające, chociaż odznaczają się prostotą.

Wymiarów długości kończyn lub ich odcinków i objętości, wymiarów rozległości blizn, wielkości guzów położonych powierzchownie i różnych zboczeń natury ortopedycznej np. stopnia przykurczeń, zesztywnień, skrzywień i t. d. dokonywamy przy pomocy zwykłej t a ś m y c e n t y m e t r o w e j i d e r m o g r a f u, k ą t o m i a r ó w oraz ewentualnie c y r k l i.

Sposoby mierzenia długości kończyn i ich odcinków.

Wobec właściwości indywidualnych, odznaczających się ogromną różnorodnością, przy braniu wymiarów nie posiłkujemy się cyframi absolutnemi, lecz opieramy się na różnicach, istniejących pomiędzy kończy-

nami obu stron ciała (t. j. pomiędzy stroną, przedstawiającą zmiany i braki anatomiczne, a stroną zdrową).

Wiadomo, że przez mocniejsze lub słabsze naciąganie taśmy centymetrowej, otrzymać można pewne niewielkie różnice w wymiarach tej samej kończyny. Dlatego nie należy przy posiłkowaniu się taśmą naciągać jej zbytnio, lecz rozciągać ją tylko i przykładać do kończyny. Z drugiej strony nie trzeba wpadać w przesadę i koniecznie dążyć do brania miary z dokładnością np. do 0,1 ctm. Wyprowadzenie tak precyzyjnych miar długości czy objętości kończyn, jak np. 75,8 ctm. lub 34,2 ctm. jest z całą ścisłością niewykonalne w praktyce za pomocą taśmy i nawet zbyteczne. Jeżeli ktoś chce być bardzo dokładnym, to należy wynik wymierzania, otrzymany w ułamkach centymetra, zaokrąglać do 0,5 ctm. względnie do 1,0 ctm.

Punktami orjentacyjnemi dla brania miar długości kończyn są pewne punkty stałe kośćca; są to zazwyczaj wyraźnie zaznaczające się i łatwo wyczuwalne występy t. zw. guzy i guzki kostne.

Ażeby otrzymać, o ile możności, ścisłe i dokładne dane, należy kończyny, mające być wymierzanemi, układać koniecznie symetrycznie, inaczej bowiem możemy łatwo stać się ofiarami błędów.

Trzy są zatem warunki dobrego wymierzania kończyn taśmą centymetrową:

1) symetryczne ułożenie kończyn,

2) wyszukanie stałych punktów orjentacyjnych, identycznych po obu stronach ciała i oznaczenie ich ewentualnie dermografem w postaci punktów lub linji,

3) mierzenie taśmą rozciągniętą, lecz nie napiętą ad maximum, w linji prostej od jednego punktu orjentacyjnego do drugiego, poczynając od podstaw kończyn ku ich obwodowi.

Trzeba pamiętać, że przy posiłkowaniu się taśmą centymetrową mogą powstać błędy, niezależne od naszych usiłowań w kierunku zachowania wyżej wymienionych warunków. Mianowicie, kształt i objętość kończyny mogą być patologicznie zmienione, może być ona w stanie rozległego obrzęku, zgrubienia, pokryta guzowatościami i t. p. W takich przypadkach taśma, przylegająca podczas wymierzania długości do istniejących wypukłości i nierówności, których na zdrowej kończynie niema, staje się źródłem niedokładności miary, a długość kończyny może wypaść większą, niż jest w samej rzeczy.

W takich razach od błędów uchronić może posiłkowanie się cyrklami, których zwłaszcza we Francji wymyślono kilka typów specjalnych. Można też sobie kazać skonstruować taki cyrkiel samemu drogą improwizacji bez większych trudności.

Jeżeli zaś dla wymierzania tak zmienionych kończyn użyjemy taśmy centymetrowej, to podając otrzymane cyfry w centymetrach, należy w orzeczeniu równocześnie zaznaczyć objętość kończyny przynajmniej w paru punktach (o czem będzie mowa niżej) i uczynić zastrzeżenie, że wymierzanie długości danej kończyny dokonane zostało w stanie jej zgrubienia, obrzęku lub tym podobnych zmian.

Mierzenie długości kończyn dolnych jest częściej stosowane od wymierzania długości kończyn górnych, ponieważ same tylko skrócenia tych kończyn, niezależnie od innych zboczeń i zmian, posiadają naogół poważniejsze znaczenie dla zmniejszenia sprawności ustroju, aniżeli skrócenia kończyn górnych.

Przy wymierzaniu długości kończyn dolnych mogą zachodzić następujące dwie odmiany:

a) Kończyny obie zachowały zupełną ruchomość w dużych stawach t. j. w biodrowym i kolanowym i mogą być wyciągnięte i w dowolnej pozycji ułożone. W takich przypadkach należy przedewszystkiem umieścić badanego na powierzchni równej, twardej (na stole, na twardej kanapce do badań) przytem tak, ażeby oba kolce biodrowe górne (spinae ossis ilei anteriores superiores) znajdowały się na tej samej linji poziomej (na tej samej odległości od podstawy, na której leży badany); powtóre linja przeprowadzona od wyrostka mieczykowatego (proc. xyphoideus) i przebiegająca przez środek mostka, pępek i spojenie łonowe (symphysis) powinna z linją poziomą, łączącą oba kolce biodrowe przednie górne, tworzyć kąty proste (90°), czyli być do tej ostatniej linji prostopadłą

Obie kończyny dolne powinny być wyprostowane (wyciągnięte) i ułożone równo wzajemnie jedna do drugiej t. j. symetrycznie, nigdy np. jedna choćby w umiarkowanem przywodzeniu (w adductio), — druga w odwodzeniu (w abductio).

Po wyżej opisanym sposobie ułożenia kończyn dolnych przystępujemy do wymierzenia ich długości w sposób następujący:

aa) ustalamy punkty orjentacyjne, któremi są: u góry — dolne brzegi obu kolców biodrowych przednich górnych, nie przesuwając na nich skóry, lecz „fiksując" ją dotknięciem palca wskazującego i ewent. oznaczając te punkty dermografem; u dołu — dolny brzeg kostki wewnętrznej goleni (malleolus internus) w ten sam sposób.

Uwaga: 1) nie należy wogóle za punkt orjentacyjny górny brać wierzchołka krętarza wielkiego kości udowej (trochanter maior ossis femoris). Jeżeli skrócenie kończyny zależy np. od skrócenia kości udowej po złamaniu, to mierząc od krętarza wielkiego, błędu nie popełnimy, lecz jeżeli skrócenie kończyny zależy od zwichnięcia ku górze główki

kości udowej, to, mierząc obie kończyny od krętarzy do kostek, możemy je przy tym sposobie postępowania znaleść równej długości, a tymczasem skrócenie w rzeczywistości jednej z kończyn istnieje na skutek przesunięcia tej kończyny w całości ku górze (może to mieć miejsce np. w zaniedbanych przypadkach zwichnięcia urazowego uda ku górze i tyłowi — luxatio femoris iliaca —, w zwichnięciach patologicznych, w zwichnięciach uda wrodzonych i t. p.).

2) Za dolne punkty orjentacyjne należy wybierać kostki wewnętrzne, a nie zewnętrzne; punkty te wraz z kolcami biodrowemi przedniemi górnemi są przyjęte dla mierzenia długości kończyn dolnych powszechnie, we wszystkich krajach i stały się niejako standaryzowanemi.

bb) Po ustaleniu punktów orjentacyjnych, taśmę centymetrową prowadzimy z góry ku dołowi wzdłuż każdej kończyny kolejno, pomiędzy obu punktami t. j. od dolnego brzegu kolca biodrowego przedniego górnego do końca kostki wewnętrznej. W razie skrócenia jednej z kończyn, odczytujemy różnicę obu uzyskanych miar w centymetrach i otrzymujemy tym sposobem wielkość skrócenia*).

(Nie każde skrócenie kończyny dolnej, jako takie, upośledza w większym stopniu zdolność do pracy. Tak np. według odnośnych przepisów, obowiązujących w wojsku polskiem, skrócenie kończyny dolnej, nie przekraczające 4 cm. — przy zachowanej ruchomości stawów i czynności mięśni — nie dyskwalifikuje do służby wojskowej w pospolitem ruszeniu z bronią (Kat. C) *). Niewielkie skrócenia kończyn dolnych mogą być zresztą z łatwością wyrównane odpowiedniej wysokości korkiem lub grubością podeszwy obuwia).

b) Jedna z kończyn dolnych znajduje się w stanie ustalonego przykurczenia — (contractura) na skutek zmian patologicznych np. w stawie biodrowym, które wywołały jej ułożenie w częściowem zgięciu (flexio), przywodzeniu (adductio), odwodzeniu (abductio), skręcie (rotatio). W takich przypadkach symetryczne ułożenie kończyn napotyka na trudności i wówczas dla wzięcia miary długości, należy zdrową kończynę ułożyć w położeniu o ile możności identycznem do położenia kończyny nienormalnej. Np. jeżeli jedna kończyna ma położenie ustalone w odwodzeniu (abductio), to

---

*) Zauważyć wypada, że długość kończyn dolnych, wymierzana taśmą, jest względną, nie odpowiada bowiem rzeczywistej długości tych kończyn, których górne odcinki (główka i szyjka biodrowa) ukryte są głęboko pod warstwą mięśni w stawach miednicy i przez to nie mogą być zużytkowane do oznaczenia na nich punktów orjentacyjnych. Dla tego też, gdy mówimy, że wymierzamy „długość" kończyn dolnych, wyraz „długość" pojmujemy w znaczeniu warunkowem.

*) Przepisy sanitarne wojskowe San. 5. 1924. Cz. II i III.

przed przystąpieniem do czynności wymierzania, zdrową kończynę należy również ułożyć w takim samym stopniu odwodzenia.

W przypadkach przykurczenia stałego lub zesztywnienia (ankylosis) stawu biodrowego lub kolanowego u jednej z kończyn w znacznym stopniu, wymierzanie wielkości skrócenia nie dokonywa się, o stopniu i charakterze tego rodzaju kalectwa decyduje bowiem nie skrócenie lecz przedewszystkiem przykurczenie, które powinno być wymierzone w sposób, podany niżej.

W tych razach, kiedy skrócenie kończyny dolnej zależy od zmian patologicznych, umiejscowionych w udzie lub goleni (p. wyżej — Uwaga) możemy wymierzać długość samych tylko ud lub samych tylko goleni.

Wymierzanie uda odbywa się po wyszukaniu następujących dwuch punktów orjentacyjnych: w górze jest nim wierzchołek krętarza wielkiego (trochanter maior), u dołu — dolny brzeg kłykcia zewnętrznego uda (condylus externus femoris), który łatwo jest wyczuwać przy lekko zgiętej kończynie w stawie kolanowym.

Długość goleni wymierzamy, prowadząc taśmę od wewnętrznego brzegu górnego końca guza kości piszczelowej (tuberositas tibiae) do dolnego końca kostki wewnętrznej.

Przy wymierzaniu skróceń kończyn dolnych posiłkujemy się wreszcie t. zw. linją Roser-Nélatona. Jest to, jak wiadomo, linja łącząca kolec biodrowy przedni górny (spina ossis ilei anterior superior) z guzem kości kulszowej (tuber ossis ischii). W stosunkach normalnych na linji tej leży dokładnie wierzchołek krętarza wielkiego (trochanter maior). Natomiast w przypadkach zwichnięcia uda biodrowego (luxatio femoris iliaca) nabytego lub wrodzonego, oraz po złamaniach szyjki biodrowej, wierzchołek krętarza wielkiego leży powyżej linji Roser - Nélatona, co dowodzi zarazem skrócenia kończyny. Wielkość tego skrócenia można wymierzyć sposobem, podanym na str. 24 pod aa), albo też odmierzamy taśmą centymetrową odległość wierzchołka krętarza wielkiego od linji Roser - Nélatona: cyfry otrzymane przy zastosowaniu obu tych sposobów powinny być sobie bez mała prawie równe. Dwie te metody wymierzania skrócenia służyć mogą w pewnym stopniu do wzajemnego sprawdzania każdej z nich, przytem zastosowanie linji Roser - Nélatona może naprowadzić na stwierdzenie przyczyny skrócenia kończyny (zależnego np. od zmian patologicznych w częściach składowych stawu biodrowego).

Przy posiłkowaniu się linją Roser - Nélatona w celu wymierzenia skrócenia kończyny, układamy badanego na boku, ze zlekka zgiętą kończyną w stawie biodrowym i przeciągamy taśmę centymetrową od kolca biodrowego przedniego górnego do guza kości kulszowej oraz kreślimy

dermografem na skórze krótką linijkę, odpowiadającą położeniu taśmy w miejscu, w którem krzyżuje ona krętarz; następnie od nakreślonej linji odmierzamy taśmą ilość centymetrów do wierzchołka krętarza.

Inne miary na kończynie dolnej, jako to: wysokość stopy (od kostki wewnętrznej do brzegu wewnętrznego stopy, ustawionej pod kątem prostym do goleni), długość kości śródstopia (metatarsi), palców i t. p. posiadają znaczenie podrzędne w orzecznictwie w porównaniu np. ze zniekształceniami samej stopy i jej sklepienia, które wysuwają się na plan pierwszy z punktu widzenia statytyki z powodu nie tyle skróceń kości stopy, jak z powodu mniejszych lub większych braków i zniekształceń kostnych, zwłaszcza pod względem ilościowym.

Mierzenie długości kończyn górnych jest prostsze i łatwiejsze od mierzenia kończyn dolnych, ponieważ punkty orjentacyjne są dostępniejsze naszemu wyczuwaniu. Ażeby zmierzyć długość całej kończyny górnej, na to musi ona posiadać ruchomość normalną w stawach, by móc zwisać swobodnie i luźno wzdłuż tułowia. Przy takiem położeniu kończyny, taśmę prowadzimy od zewnętrznego brzegu wyrostka barkowego (acromion) do końca wyrostka rylcowatego kości szprychowej (processus styloideus radii). Natomiast, jeżeli kończyna znajduje się w stanie przykurczenia lub zesztywnienia pod kątem (np. w stawie łokciowym), to wymierzamy oddzielnie długość ramienia i długość przedramienia w sposób następujący (sumując następnie obie tym sposobem otrzymane miary):

Długość ramienia: od zewnętrznego brzegu wyrostka barkowego (acromion) do guzka nadkłykciowego bocznego kości ramieniowej (epicondylus lateralis humeri);

Długość przedramienia: od wierzchołka wyrostka łokciowego (olecranon) do wyrostka rylcowatego kości łokciowej (processus styloideus ulnae).

Jeżeli procesy patologiczne, od których może zależeć skrócenie kończyny górnej, umiejscowione są tylko w ramieniu lub tylko w przedramieniu, to wystarcza wymierzyć długość tylko ramion, względnie tylko przedramion.

Długość innych odcinków barku i kończyn górnych np. obojczyków (od końca mostkowego do końca barkowego), długość rąk, kości śródręcza, palców i t. p. mierzymy rzadko i, w razie potrzeby, można tego dokonać bez większych trudności przy pomocy taśmy centymetrowej lub lepiej niewielkiego cyrkla o tępych koniuszkach.

Sposoby mierzenia objętości narządów.

a) Mierzenie objętości odcinków kończyn między stawami w przypadkach zmniejszenia tej objętości (zaniki mięśni) lub jej zwiększenia (zgrubienia, obrzęki, nacieki). Zaniki mięśni mają bardzo poważne znaczenie w orzecznictwie.

Zasady ogólne: przy wymierzaniu objętości kończyn musimy przedewszystkiem pamiętać, że co się tyczy kończyn górnych, to prawa kończyna górna w większości wypadków u osobników pracujących fizycznie (prostych robotników), przedstawia w porównaniu z lewą większą objętość, niekiedy 1 — 2 ctm. (u mańkutów naodwrót). U niektórych znów pracowników zawodowych (np. w hutach szklanych) przeciwnie, lewa kończyna górna bywa bardziej rozwiniętą od prawej. Zjawisko to w stosunku do kończyn dolnych występuje nader rzadko, chociaż i ono może mieć miejsce np. u stolarzy, tokarzy, lecz w stopniu znacznie mniej wybitnym.

Następnie należy mieć na uwadze co następuje:

aa) Wymierzanie może być dokonywane w położeniu badanego leżącem lub stojącem (jakie z tych dwuch położeń miało miejsce podczas mierzenia, należy zaznaczyć w orzeczeniu). Korzystniejszem i celowszem jest jednak mierzenie objętości kończyn w położeniu stojącem osobnika: w położeniu tem bowiem kończyny górne wiszą swobodnie wzdłuż tułowia, a kończyny dolne przedstawiają się również w kształtach naturalnych, tymczasem w położeniu leżącem mięśnie ich ulegają pewnemu rozpłaszczeniu, co zmienia ich formę i stwarza warunki niezbyt korzystne dla aktu ścisłego wymierzania.

bb) Przed przystąpieniem do wymierzania objętości kończyn w położeniu stojącem badanego, należy, gdy badany stanie, chwilę poczekać, by pierwsze napięcie mięśnia minęło.

cc) Taśma centymetrowa ma tylko ściśle przylegać do powierzchni kończyn podczas mierzenia i nie powinna być naciąganą lub napinaną.

Mierzenie objętości kończyn gornych dokonywa się w obrębie ramienia w jego połowie lub na wysokości mięśnia trójgraniastego (m. deltoideus) albo na największej wypukłości brzuśca mięśnia dwugłowego (m. biceps); w obrębie przedramienia na największej jego wypukłości. Chcąc być zupełnie ścisłym, można taśmą centymetrową odmierzyć tę samą określoną liczbę centymetrów np. od wyrostka barkowego wzdłuż obu ramion, naznaczyć odpowiednie miejsca na skórze dermografem w postaci linijek i następnie na poziomie tych ostatnich zmierzyć objętość obu ramion i wyprowadzić ewent.

różnicę. Tak samo można postąpić z przedramionami, odmierzywszy najpierw na nich np. od wyrostka łokciowego (olecranon) w dół taśmą określoną ilość centymetrów.

Mierzenia objętości kończyn dolnych najlepiej dokonywać, jak się rzekło, w położeniu stojącem badanego, umieściwszy się samemu z boku, wówczas bowiem uwydatniają się najlepiej kształt i budowa grup mięśniowych na udzie i goleni.

Miarę objętości uda bierzemy w górnej jego części w fałdzie pośladkowej, opasując taśmą kończynę tak, by górnym swym brzegiem (kantem) taśma dotykała pośladków, albo odmierzamy taśmą podobnie jak na kończynie górnej, pewną określoną ilość centymetrów np. od wierzchołka krętarza wielkiego w dół na obu udach i postępujemy dalej, jak wyżej.

Wymierzanie objętości goleni uskuteczniamy na wysokości największej wypukłości łydki lub, gwoli ścisłości, stosujemy tę samą metodę odmierzania identycznej ilości centymetrów na obu goleniach, jak to wyżej zostało opisane, biorąc za punkt wyjścia guzowatośc piszczeli (tuberositas tibiae) i idąc w dół, albo — kostkę wewnętrzną wzgl. zewnętrzną i kierując się ku górze.

Zanik i zwiotczenie mięśni w większym stopniu, stwierdzanc na drodze objektywnej t. j. przy wymierzaniu objętości kończyn, stanowi o pewnem osłabieniu tych ostatnich.

b) Mierzenie objętości stawów — w przypadkach np. ich zgrubienia i wysięków w nich — dokonywa się taśmą różnemi sposobami zależnie od stawu, jego konfiguracji i budowy.

Staw kolanowy otaczamy taśmą przez połowę długości rzepki (patella) lub na górnym jej brzegu (miejsce to wybieramy zwłaszcza, gdy mamy do czynienia z wysiękiem, który często gromadzi się w górnym zachyłku — recessus superior — i tutaj wytwarza największą wypukłość stawu).

Staw łokciowy — taśmę prowadzimy w koło stawu przy lekko zgiętym łokciu przez fałdę przednią i wierzchołek wyrostka łokciowego (olecranon).

Staw ręki — objętość jego wymierzamy taśmą poprzez końce wyrostków rylcowatych kości szprychowej i łokciowej (processus styloideus radii et ulnae).

Staw skokowy (artic. pedis): — opasujemy taśmą końce obu kostek przez grzbiet stopy.

Staw barkowy jest mniej dostępny dla wymierzania objętości, albowiem spory jego odcinek pokryty jest warstwą mięśni, czego o wyżej wymienionych stawach powiedzieć nie można. Najlepszą sto-

sunkowo orjentację daje opasanie taśmą tego stawu przez wyrostek barkowy (acromion) i pachę przy zlekka odwiedzionem ramieniu.

Staw biodrowy nie nadaje się do wymierzania objętości, jako ukryty ze wszystkich stron pod grubemi warstwami mięśni.

Sposoby mierzenia stopnia przykurczeń stawów.

Stopień ograniczenia ruchów w stawach oraz ich przykurczenia i zesztywnienia pod kątem mogą być również z dostateczną ścisłością wymierzane przy pomocy t. zw. kątomiarów (goniometrów). Są to przyrządy specjalne, mniej lub więcej skomplikowane; z drugiej strony im prostsze, tem lepsze. Jeżeli brak pod ręką takiego przyrządu, to można sobie poradzić, posiłkując się giętkim drutem (ołowianym lub z innego materjału) który, przyłożywszy do kończyny, zginamy tak, by zgięcie to odpowiadało zgięciu, w jakiem znajduje się przykurczony lub zesztywniały staw; następnie wielkość kąta, utworzonego przez drut, a odpowiadającą rozmiarom kąta przykurczenia danego stawu, wymierzamy przez przyłożenie druta do zwykłego kątomierza, znajdującego się w każdym zestawie szkolnych przyborów rysunkowych. Nie jest to postępowanie, dające ścisłość idealną, w każdym razie wystarczającą dla celów orzecznictwa.

Przy wymierzaniu stopnia przykurczenia stawu, nie znajdującego się w zesztywnieniu (ankylosis), lecz posiadającego pewną ruchomość, należy określić stopień tego przykurczenia w zgięciu i rozgięciu (wzgl. w przywodzeniu lub odwodzeniu) maksymalnem, odnotowując dwie cyfry w stopniach, t.j. wielkość kąta zgięcia maksymalnego i rozgięcia maksymalnego, opierając się na rozległości ruchów czynnych, przytem sprawdzając parokrotnie rezultat swego badania, ponieważ badany może w celu symulacji lub przesadzania wykonywać dobrowolnie ruchy mniej rozległe, niż te, do których w rzeczywistości jest zdolny.

Dla celów praktycznych, zwłaszcza w przypadkach niewątpliwego zesztywnienia stawu wystarcza podać, biorąc za punkt wyjścia kąt prosty (90°), czy dane przykurczenie jest większem, czy mniejszem od tego kąta, t. j. czy odpowiada kątowi ostremu, czy też rozwartemu.

Pamiętać należy, że np. dla sprawności kończyny górnej najpomyślniejsze zesztywnienie lub przykurczenie w stawie łokciowym — jest to, które tworzy kąt prosty (90°), zaś przykurczenie wzgl. zesztywnienie w stawach biodrowym i kolanowym jest najkorzystniejsze w nieznacznem zgięciu w tych stawach, jako ułatwiające siedzenie i chodzenie.

Mierzenie siły mięśniowej dokonywa się przy pomocy siłomierzy (dynamometrów), przyrządów dobrze znanych, dla-

tego opis ich samych i posiłkowanie się niemi jest na tem miejscu zbyteczny.

Z innych przyrządów, stosowanych do stwierdzenia zmian natury chirurgicznej należy wymienić maszyny do elektrodjagnostyki w celu badania reakcji zwyrodnienia mięśni oraz aparat Roentgena. Niezawsze przyrządy te posiadamy pod ręką, przytem wymagają one przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej umiejętnego, stojącego na wysokości zadania, kompetentnego posiłkowania się niemi i dlatego najlepiej jest w razie uznania konieczności przeprowadzenia odnośnych badań, kierować badanych do właściwych lekarzy specjalistów.

Nie należy jednak przeceniać doniosłości badań promieniami Roentgena w każdym przypadku; zbyt często się zdarza bowiem, że ma miejsce kierowanie badanych do rentgenologów w przypadkach, w których można się obejść bez tego badania i kiedy dany stan zmian anatomicznych i funkcjonalnych wystarcza dla orzecznictwa chirurgicznego. Np. zbyteczną jest rzeczą rentgenografja w przypadku, przedstawiającym skrzywienie kości po dawno przebytem złamaniu uda w dolnej części przystawowej i zesztywnienie stawu kolanowego, — ponieważ zbadanie promieniami X nie zmienia faktu istnienia takiego lub innego stopnia niezdolności do pracy w danym razie. Badanie promieniami Roentgena należy stosować w przypadkach prawdziwej wątpliwości co do charakteru cierpienia i potrzeby postawienia wskazań lub przeciwskazań do leczenia np. mechanoterapeutycznego, mogącego dać pomyślne rokowanie w kierunku poprawy lub wyleczenia istniejącego stanu albo być przeciwwskazanem. Jeżeli bowiem dane zmiany (zesztywnienia, przykurczenia stawów i t. p.) są np. natury gruźliczej, co może niekiedy rozstrzygnąć tylko rentgenografja, to mechanoterapja będzie przeciwwskazaną. Naodwrót, jeżeli przykurczenie pewnego stawu jest pochodzenia urazowego, mechanoterapja, mięsienie i t. p. może sprowadzić często znaczną poprawę lub restitutio ad integrum.

Badanie guzów dotyczy stwierdzenia ich wielkości, umiejscowienia, kształtu, spoistości i ruchomości, wreszcie stanu powłok nad guzem.

a) Wielkość guzów większych rozmiarów, położonych powierzchownie, można określić przy pomocy wymierzania taśmą centymetrową ich podłużnych i poprzecznych wymiarów, o ile są ograniczone i o dość gładkiej powierzchni. Zwykle jednak ograniczamy się do określania wielkości guzów przez porównanie ich z różnemi przedmiotami (wiśnią, orzechem, jajkiem, pomarańczą, pięścią, głową ludzką i t. p.).

b) Umiejscowienie guzów określamy w stosunku

do anatomicznego podziału terytorjalnego ustroju, a więc guz — położony w okolicy łopatki, pod pachą, w podbrzuszu lewem, w trójkącie Scarpa, na grzbiecie stopy i t. p.

c) Kształt guza będziemy określali jako: kulisty, owalny, o powierzchni gładkiej lub nierównej, ograniczony, rozlany, bez wyraźnych granic.

d) Spoistość (konsystencja) — guz może być twardy, miękki, sprężysty, chełbocący.

e) Ruchomość guza to znaczy guz jest przesuwalny, swobodnie lub częściowo, nieruchomy, przyrośnięty do kości, zrośnięty ze skórą i t. p.

f) Zmiany w powłokach nad guzem występują w postaci np. skóry o zabarwieniu normalnem, sinawem, czerwonem, skóra może zawierać sieć rozszerzonych naczyń (żył), pokrytą być strupami, bliznami i t. p.

Badanie blizn powierzchownych polega na określeniu ich umiejscowienia i rozległości (większe blizny mogą być wymierzane taśmą centymetrową); pochodzenia (po oparzeniu, zgorzelach, zranieniach, po zabiegach operacyjnych); ich ruchomości (przyrośnięte do mięśni, kości, ścięgien lub łatwo przesuwalne i rozciągliwe); wyglądu (blizny stare — blade, lub świeże — różowe); blizny ograniczające albo nieograniczające ruchy np. stawów.

Badanie owrzodzeń (exulcerationes, ulcera) i przetok (fistulae) polega na stwierdzeniu ich umiejscowienia, wielkości i kształtu (np. owrzodzenie okrągłe, płytkie, mające ok. 4 ctm. w średnicy; przetoka o otworze wielkości łebka dużej szpilki), wyglądu brzegów, (twarde, gładkie, podminowane, zaczerwienione), wydzieliny (skąpa, obfita, surowicza, ropna, bez zapachu, cuchnąca i t. p.). W przypadkach przetok, idących wgłąb tkanek, należy się powstrzymać stanowczo od badania ich zgłębnikiem w zwykłych warunkach, nawet wyjałowionym, przez zgłębnikowanie bowiem możemy wywołać uszkodzenie ścian przetoki, spowodować szerzenie się zakażenia wgłąb i t. p. niepożądane powikłania, mogące mieć groźne następstwa.

Badanie powtórne. W przypadkach cięższych, bardziej skomplikowanych, badanie zbyt długo przeciągające się jest nieraz zbyt męczące dla badającego lekarza i dla badanego osobnika, co może wpływać ujemnie na dokładność orzecznictwa. Dlatego lepiej je powtórzyć w niewielkim odstępie czasu, np. następnego dnia, jeżeli to możliwe. Nietylko jednak wzgląd na samo zmęczenie może nas zmusić do badania powtórnego, lecz także i takie okoliczności, jak wątpliwość, czy przy pierwszem badaniu nie opuściliśmy jakiegoś objawu, czy nie uszło coś

naszej uwagi, powtóre — potrzeba sprawdzenia naszych spostrzeżeń w przypadkach podejrzanych na udawanie lub przesadzanie ze strony badanego.

B a d a n i e n a s t ę p c z e t. j. po upływie dłuższego czasu może być potrzebne i w takim razie powinniśmy uczynić odpowiednie zastrzeżenie w tych wypadkach, kiedy przy pierwotnem badaniu nie jesteśmy w stanie z całą sumiennością zdać sobie sprawę, czy skonstatowane zmiany anatomiczno-fizjologiczne posiadają charakter stały, czy też przemijający w zwykłych warunkach lub pod wpływem właściwego leczenia. Takie badanie następcze będzie miało charakter kontrolujący w stosunku do statuts quo ante.

2. Opisanie wyników badania.

Na podstawie czynionych własnych notatek — wypełniamy, jak wyżej wspomniano, właściwe schematy, wpisując w odnośne rubryki odpowiedzi na zawarte w nich pytania, opisując dane najważniejsze, najcharakterystyczniejsze, lecz w imię ścisłości i sumienności nie trzymając się niewolniczo ram i przeznaczonego w rubrykach miejsca. Rubryki te w różnych schematach zatytułowane są różnie: „badanie" — „wynik badania", — „stan podmiotowy i przedmiotowy" lub t. p.

Opis znalezionego stanu i zmian, stwierdzonych u badanego osobnika, powinien posiadać naogół cechy następujące z punktu widzenia orzecznictwa chirurgiczno- ortopedycznego: powinien być należycie sformułowany, jasno, zwięźle, wyraźnie i dobrze po polsku napisany przy unikaniu terminologji łacińskiej lub innej obcojęzycznej i nawet polskich neologizmów, a zatem pisany językiem zrozumiałym nie tylko dla lekarzy lecz i dla innych czynników, przez których ręce przechodzą orzeczenia (urzędnicy towarzystw ubezpieczeniowych, inspektorowie pracy, sędziowie).

Należy unikać wyrażeń, z powodu których mogą wyniknąć nieporozumienia, jako to:

„rzyć" — zamiast otwór stolcowy,
„paluch" — zamiast wielki palec stopy,
„stercz" — zamiast gruczoł krokowy,
„osteomyelitis" lub „osteomyelit" — zamiast zapalenie kości,
„tumor" — zamiast guz,
„malleolus" — zamiast kostka,
„resekcja" — zamiast wycięcie,
„tbc" — zamiast gruźlica, gruźlicze i t. p.

Zamiast niesłusznie przyjętych w nazwie potocznej wyrażeń „ręka" dla oznaczenia całej kończyny górnej i „noga" dla oznaczenia ca-

łej kończyny dolnej, łepiej jest posiłkować się nazwami „kończyna górna lub dolna", natomiast wyraz „ręka" stosować do kiści (manus) zaś „noga" — do stopy (pes) według dawnego racjonalnego słownictwa anatomicznego polskiego. *)

Sam opis z punktu widzenia chirurgicznego powinien uwzględniać:

a) dolegliwości i skargi chorego, tak jak je sam podaje,

b) umiejscowienie sprawy chorobowej względnie zmian wykrytych,

c) opis anatomicznych zmian: (rozległość, wielkość, spoistość, barwa, skrócenie (w centymetrach), przykurczenie (wymiary kątów), stan mięśni i stawów (ich objętość w centym.),

d) opis fizjologicznych zmian: ogarniczenie ruchów, porażenia, siła mięśniowa, sposób posiłkowania się kończynami, głową, tułowiem; stanie, chodzenie, siadanie i t. p. w zależności i związku ze zmianami anatomicznemi.

Przykłady opisów w myśl wskazówek powyższych (z pominięciem skarg badanego):

I. „Na wewnętrznej powierzchni kończyny górnej prawej blizna po oparzeniu, sięgająca od połowy długości ramienia do 1/3 górnej części długości przedramienia, stara, blada, przyrośnięta do części miękkich leżących pod nią; blizna miejscami przedstawia bolesne na ucisk zgrubienia (keloidy), ruchy ograniczone w stawie łokciowym z powodu blizny; wyprostowanie kończyny czynne — do kąta max. 100°, zginanie nie upośledzone. Mięśnie ramienia i przedramienia w stanie pewnego zaniku. Różnica pomiędzy objętością obu ramion w połowie ich długości — 2 ctm., przedramion w połowie ich długości — 1 ctm.".

II. W okolicy lędźwiowej garb kątowaty, zajmujący 2-i i 3-i kręgi lędźwiowe, na ucisk nie bolesny; ruchy kręgosłupa w części lędźwiowej (zginanie, wyprostowywanie, ruchy boczne) — zniesione; w okolicy podbrzusznej prawej wypukla się guz w postaci wała nad więzadłem pachwinowem (zamiast „ligamentum Pouparti") — długości ok. 10 ctm. szerokości — 6 ctm., — chełbocący, na ucisk nie bolesny, skóra nad guzem nie zmieniona, kończyna dolna prawa w położeniu nieznacznego przykurczenia w zgięciu w stawie biodrowym. Badany siada i siedzi dobrze; przy chodzeniu utyka nieco na prawą kończynę dolną".

3. Rozpoznanie.

Po opisie wypełniamy rubrykę w schemacie, przeznaczoną na określenie rozpoznania (djagnozy), które powinno być sformułowane po polsku (w nawiasie może być po łacinie) — z powodów wyżej wyłuszczonych.

---

*) P. Słownik lekarski polski. Kraków 1905 i Prof. Dr. F. Giedroyć: Polski Słownik Lekarski. Warszawa 1931. str. 549. Jan Ursinus XVII w: „n o g a — o d p i ę t y a ż p o p a l c e".

Więc po opisie zmian w przykładzie przytoczonym pod I rozpoznanie będzie brzmiało: ,,Blizna na prawej kończynie górnej, ograniczająca ruchy w stawie łokciowym" (Cicatrix post cambusturam extremit. super. dextrae c. limitatione mobilitatis artic. cubiti).

W przykładzie II: ,,Gruźlicze zapalenie kręgów lędźwiowych z ropniem opadowym w podbrzuszu prawem" (Spondyllitis tubercul. reg. lumbalis c. abscessu congestivo reg. hypogastricae dex.).

Z drugiej strony, chociaż rozpoznanie jest ważnym punktem każdego orzeczenia, to jednak w przypadkach nasuwających pod tym względem wątpliwości, zwłaszcza dla nie specjalistów - chirurgów, nie należy za wszelką cenę silić się na postawienie właściwego rozpoznania. Najważniejsza część orzeczenia — to jaknajdokładniejszy, jasny opis istniejących zmian.

4. Właściwe orzeczenie.

We właściwem orzeczeniu chodzi o udzielenie odpowiedzi z punktu widzenia chirurgicznego na następujące pytania:

a) Czy stwierdzone zmiany anatomiczno - fizjologiczne są wrodzone, czy nabyte i jeżeli nabyte, to czy są wynikiem choroby czy też nieszczęśliwego wypadku (t. j. urazowego pochodzenia) i jak długo w przybliżeniu sprawa trwa?

b) Czy dany stan jest stały, czy też przejściowy?

c) Jeżeli jest przejściowy, to czy rokuje poprawę i w takim razie czy jest potrzebne leczenie, jakie, gdzie i jak długo, czy też poprawa może nastąpić bez specjalnego leczenia?

d) Czy nastąpiła wskutek wybitniejszych zmian utrata zdolności do pracy wogóle, lub do zarobkowania (w danym zawodzie), jeżeli tak, to w jakim stopniu i czy jest stałą, czy też przejściową?

e) Czy nie zachodzi podejrzenie na udawanie (symulację) lub przesadę?

Ad a) Odpowiedź wynika z wywiadów i charakteru sprawy chorobowej, stwierdzonej badaniem. Np. stopa szpotawo - końska (pes equino - varus) — może być wrodzona i nabyta (po poliomyelitis t. j. po zapaleniu przedn. rogów subst. szarej rdzenia); skrzywienie goleni — może być nabyte wskutek krzywicy lub być następstwem nieprawidłowego zrostu po złamaniu i t. p. Złamaniom przystawowym towarzyszą zazwyczaj uporczywe obrzęki; jeżeli po takich złamaniach brak obrzęków, to znaczy, że złamanie jest dawnej daty.

Ad b) Odpowiedzi udziela się na podstawie wywiadów i charakteru sprawy. Jeżeli dany stan u badanego ma miejsce po zastosowanem już specjalnem leczeniu, to należy stwierdzić, gdzie miało ono miejsce,

przez kogo i jak długo? (ważne jest posiadanie odnośnej historji choroby lub zaświadczenia o przeprowadzonem leczeniu i dlatego, w razie wątpliwości, należy tych dokumentów zażądać od właściwych instancyj). Np. jeżeli mamy do czynienia z ograniczeniem ruchów w stawie ręki urazowego pochodzenia, a badany leczony był już z tego powodu czas dłuższy przez specjalistę lub w specjalnym mechanoterapeutycznym zakładzie, to stan obecny należy uważać za stały, za niewymagający dalszego leczenia specjalnego. Tym sposobem nie narażamy instytucję, obowiązaną zapewnić badanemu leczenie, na niepotrzebne koszty zbędnej kuracji, z drugiej strony unikamy poddawania badanemu myśli o istnieniu u niego jakiegoś nader ciężkiego lub nieuleczalnego stanu, świadomość czego wpływa ujemnie na jego psychikę i na zdecydowanie się do podjęcia pracy, chwilowo przerwanej.

Ad c) Jeżeli stwierdzamy stan przejściowy, to w takim razie:

1) albo może on ulec poprawie i wyleczeniu, bądź na drodze samoistnej (np. obrzęki po cięższych nawet prawidłowo zgojonych złamaniach, stopniowe rozciąganie się blizn po oparzeniach i t. p.), bądź na drodze właściwego leczenia i wówczas należy wskazać w orzeczeniu przez kogo, gdzie i jak długo ma ono być zastosowane. Zwłaszcza różne zgrubienia tkanek, przykurczenia i sztywność stawów poddają się wcale dobrze leczeniu przy współczesnych postępach fizyko- i mechanoterapji. Z drugiej strony w przypadkach, rokujących odzyskanie sprawności bez specjalnego leczenia, zwykła praca stanowi najlepszą mechanoterapję.

Należy mieć też na uwadze, że osobniki ubezpieczone, zwłaszcza od nieszczęśliwych wypadków, w nadziei otrzymania wyższej renty, b. często niechętnie poddają się leczeniu następczemu, mającemu na celu restitutio ad integrum. Wiadomo bowiem, że np. wszelka mechano-terapja daje tem lepsze wyniki, im bardziej leczony współdziała w tem leczeniu za pośrednictwem własnej dobrej woli i jej wysiłków w kierunku pożądanym. Praktyka kliniczna wykazuje, że chorzy nieubezpieczeni, nie liczący na żadne odszkodowania, dążący do jaknajszybszego odzyskania straconej sprawności i do powrotu do pracy zarobkowej, łatwiej i chętniej poddają się wyżej wymienionemu leczeniu, niż ubezpieczeni. Z tego powodu leczenie trwa zazwyczaj u tych ostatnich dłużej, niż u nieubezpieczonych. W tych razach, zwłaszcza gdy można liczyć na poprawę samoistną pewnych zmian, korzystniej jest niekiedy zrezygnować z leczenia, a sprawę zakończyć przez przyznanie pewnego stopnia utraty zdolności do pracy albo renty przejściowej i zażądać ponownego zbadania po określonym terminie czasu.

2) Stan obecny może ulec pogorszeniu wskutek charakteru sprawy bez względu na leczenie lub w razie podjęcia przerwanej

pracy. Należy tutaj np. gruźlica kostna, w której rokowania należy stawiać z wielką ostrożnością, wiemy bowiem, że nawet długotrwałe leczenie może spowodować tylko przejściową i częściową poprawę, względnie nie chroni przed nawrotami schorzenia. W orzeczeniach należy zająć pod tym względem wyraźne stanowisko, kierując się tylko danemi nauki i doświadczenia.

Ad d) Ocena stopnia utraty zdolności do pracy, łączy się z ważnem zagadnieniem tej utraty do pracy wogóle i do pracy zarobkowej w danym zawodzie t. j. w zawodzie badanego. Człowiek zdolny jeszcze w mniejszym lub większym stopniu do pracy wogóle, abstrahując od jej rodzaju, może się okazać zupełnie niezdolnym do pracy w zawodzie, który dotychczas uprawiał. Należy te sprawy ściśle odróżniać w orzecznictwie chirurgicznem.

Przykłady:

Tablica orjentacyjna dla oceny stopnia zmniejszenia zdolności do pracy przewiduje w razie utraty 5-go palca lewej ręki wogóle 2% tego zmniejszenia. Otóż pracownik niewykwalifikowany, dozorca, kopacz, woźnica, listonosz, a nawet niekiedy wykwalifikowany, jak buchalter, pisarz, cieśla i t. p. w samej rzeczy bardzo mało lub wcale nie zostają upośledzeni w swem zajęciu na skutek utraty 5-go palca lewej ręki. Natomiast skrzypek - wirtuoz lub nauczyciel gry na skrzypcach wraz z utratą 5-go palca lewej ręki traci możność zarobkowania w swym zawodzie, choć z punktu widzenia utraty zdolności do pracy wogóle, jest to defekt bardzo mały.

Z drugiej strony niepodobna, stanąwszy na stanowisku formalnem, wymagać od takiego skrzypka, by po utracie 5 palca ręki lewej przerzucił się na inne zajęcie, np. kopacza lub stróża, a choćby cieśli, uznając, że utracił tylko 2% zdolności do pracy wogóle.

Naodwrót np. zesztywnienie stawu kolanowego w położeniu wyprostnem u skrzypka bynajmniej nie przeszkadza w większym stopniu jego pracy zawodowej i zarobkowej, tymczasem podobne kalectwo u listonosza znacznie upośledza jego czynności przy pełnieniu właściwych mu obowiązków i obniża znacznie jego wartość zarobkową.

Przykłady powyższe odznaczają się, być może, swą jaskrawością, zarazem jednak dowodzą, w jak rozległych granicach mogą mieć miejsce analogiczne kombinacje.

Drobne braki, np. pourazowe lub po stanach zapalno - ropnych końców palców rąk u pracowników, wykonywujących prostą (t. zw. grubą) robotę — nie mają znaczenia, tymczasem takież braki u robotnic, zatrudnionych przy delikatnej pracy rąk z przesuwaniem nici, jak w przędzalniach, — wymagającej czucia i zręczności w końcach palców — wyrokują o znacznem upośledzeniu sprawności tych pracownic. Na rynku

pracy robotnice takie przedstawiają mniejsze kwalifikacje i mniejszą wartość przy podaży, niż robotnice z palcami zupełnie normalnemi.

Wogóle zawody specjalnie wykwalifikowane bywają stosunkowo bardziej narażone na utratę zdolności do zarobkowania w swoim zawodzie wskutek drobnych uszkodzeń i zniekształceń anatomicznych oraz upośledzeń w dziedzinie zmian czynnościowych, niż zawody niższych kategoryj, nie wymagających do pracy specjalnych kwalifikacyj.

Dlatego też przy ocenie stopnia zdolności lub niezdolności do pracy, ujętych w powyższem rozumieniu, należy brać pod uwagę nietylko zmiany miejscowe, lecz również stan ogólny i sprawność całego ustroju oraz wpływ znalezionych zmian na zdolność zarobkową badanego w stosunku do jego podstawowego zawodu.

Stopień utraty zdolności do pracy (wzgl. zarobkowania) określa się, jak wiadomo, w %%, przyczem 0 oznacza całkowitą zdolność, zaś 100% zupełną niezdolność do danej pracy. Zachodzą przypadki, gdzie zmiany są tego rodzaju, iż dyskwalifikują do wszelkiej pracy w każdym zawodzie bez wyjątku. W chirurgji takiemi najważniejszemi kalectwami stałemi są: brak lub porażenie całkowite obustronne kończyn górnych lub dolnych, porażenia pęcherza moczowego i zwieracza odbytnicy, bóle uporczywe w kikutach poamputacyjnych, otwór stolcowy sztuczny (anus praeternaturalis), posunięta otwarta gruźlica kości i stawów i niektóre inne schorzenia i stany, których charakter sam przez się wyrokuje dostatecznie o stanie rzeczy.

Pod względem metody określenia w orzeczeniach stopnia niezdolności do pracy różne instytucje ubezpieczeniowe mają różne wymagania.

Np. zakłady ubezpieczeń od wypadków wymagają ścisłego określenia stopnia utraty zdolności do pracy w granicach od 0 do 100%. Do tego celu służą tablice, opracowane w różnych państwach stosownie do obowiązujących ustaw. Są to jednak tylko tablice orjentacyjne, dające wogóle, a więc i w chirurgicznych przypadkach, tylko ogólne wytyczne. W podręcznikach i dziełach niemieckich najczęściej podane są cyfry, odpowiadające stopniom niezdolności do pracy w postaci dwuch cyfr· „od" — „do". Jeżeli w innych podręcznikach podawane są cyfry pojedyńcze, to w każdym razie należy je rozumieć w znaczeniu „około" i liczyć się z indywidualnemi właściwościami i charakterem zmian oraz z rokowaniem w poszczególnych przypadkach. W przypadkach pourazowych należy nadto w orzeczeniu odpowiadać często na pytanie, czy dane zmiany znajdują się w bezpośrednim lub pośrednim związku ze stwierdzonym nieszczęśliwym wypadkiem, czy też wystąpiły od niego niezależnie.

Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych (Z. U. P. U.) wymaga określenia, znacznie ułatwiającego zadanie lekarza orzekającego, mianowicie chodzi tutaj o udzielenie tylko dwojakiej odpowiedzi: Czy dany osobnik jest zdolny do pracy w swym zawodzie, t. zn. czy utrata zdolności wynosi mniej jak 50% lub:

czy dany osobnik jest niezdolny do pełnienia swego zawodu, t. j. czy utrata zdolności wynosi u niego więcej niż 50%.

Różnica, zachodząca pomiędzy temi dwoma instytucjami jest następująca: np. brak zupełny ręki prawej (manus dex) powoduje według odnośnych tablic orjentacyjnych zasadniczo 75% utraty zdolności do pracy, brak lewej ręki — 65%;

dla zakładu ubezpieczeń od wypadków brak ręki prawej wynosi 75% utraty zdolności do pracy, czyli 25% zdolności do pracy zostało jeszcze zachowanych, przy braku zaś lewej ręki — zostało zachowanych jeszcze 35%;

dla Z. U. P. U. w obu wypadkach zmniejszenie zdolności do pracy zawodowej wynosi więcej niż 50%, czyli dany osobnik jest uważany za zupełnie niezdolnego do pełnienia swego zawodu.

Czy określony stopień utraty zdolności do pracy jest stały, czy przejściowy, wynika z charakteru zmian, o czem była mowa wyżej.

Ad e) Zagadnienie udawania (symulacji) i przesadzania (agrawacji) należy do zagadnień bardzo ważnych i odpowiedzialnych w orzecznictwie.

Udawanie polega na sztucznem odtwarzaniu przez badanego osobnika różnych objawów chorobowych. Udawanie w tem dosłownem pojęciu stanowi według wielu autorów zjawisko rzadkie, zwłaszcza zaś w dziedzinie chirurgiczno - ortopedycznej *). Natomiast w orzecznictwie chirurgicznem (a zapewne i w orzecznictwie na polu innych dziedzin medycyny) często spotkać się możemy z mijaniem się z prawdą, t. j. nie z udawaniem objawów w ścisłem znaczeniu tego słowa, lecz z podawaniem fałszywych faktów (czyli z kłamstwem), zwłaszcza w zakresie zjawisk subjektywnych i z przesadzaniem swego stanu chorobowego i odczuwanych dolegliwości lub sensacyj.

Oto kilka przykładów:

1) Ktoś, chodząc, unosi miednicę z jednej strony i sztucznie odtwarza skrócenie odpowiedniej kończyny — jest to ordynarna symulacja;

2) Jeżeli badany twierdzi, że nie może sypiać z powodu silnych bólów głowy po urazie czaszki, a tymczasem odznacza się dobrym, zdrowym wyglądem, jest w dobrym usposobieniu i t. p. — to wzbudza poważne podejrzenie, czy nie kłamie;

3) Jeżeli dany prosty robotnik podaje, że nie może pracować rękami, a tymczasem na dłoniach jego znajdujemy charakterystyczne ciemne zabarwienie skóry, nierówności i zgrubienia w niej od pracy — mija się on poprostu z prawdą;

4) Jeżeli ktoś inny, np. wieśniak chodzący boso, zapewnia, że może chodzić tylko na palcach jednej z nóg i przy badaniu produkuje nam takie chodzenie, a tymczasem skórę na podeszwie ma wyraźnie zgrubiałą od chodzenia, — to nietylko kłamie, ale i symuluje.

---

*) Według danych doświadczonego niemieckiego badacza i biegłego w dziedzinie traumatologji prof. Golebiewskiego, symulację niewątpliwą wykrył on tylko w 2% wszystkich spostrzeganych przypadków.

5) Przypominam sobie następujący przypadek z własnej obserwacji: badany N. N., będący po silnym urazie stopy przed kilku tygodniami, twierdził, że istniejące u niego skrzywienie i zniekształcenie w postaci stopy szpotawej (pes varus) jest w związku z wypadkiem, przed którym N. N. chodził jakoby normalnie, opierając się na całej podeszwie. Tymczasem w okolicy kostki zewnętrznej (malleolus ext.) zauważyłem ograniczone twarde zgrubienie skóry (odcisk) i sporą pod nim torbiel (cystę), pozatem zniekształcenie i skrócenie stopy, charakterystyczne dla wrodzonych zmian: już samo zgrubienie na kostce dowodziło, że badany, począwszy od wczesnego dzieciństwa, przy chodzeniu opierał się na kostce zewnętrznej, wskutek niewykonania u niego w swoim czasie właściwego zabiegu ortopedycznego. Badany ten zatem kłamał, a nie symulował stopę szpotawą.

Wogóle w zakresie schorzeń chirurgiczno - ortopedycznych symulowanie zmian nie jest zadaniem łatwem, a spotykane udawanie w tej dziedzinie może być wykryte i stwierdzone bez większych trudności.

Nieco odmiennie rzecz się ma z przesadzaniem (agrawacją) dolegliwości. Polega ono na przedstawianiu swego stanu lub cierpień w wyższym stopniu niż to ma miejsce w rzeczywistości, w nadziei np. otrzymania dzięki temu wyższej renty lub odszkodowania.

Z punktu widzenia odpowiedzialności moralnej i prawnej przesadzającego, nie można w każdym bez różnicy wypadku, stawiać go na równi z symulantem i ordynarnym kłamcą. Stopień wrażliwości na ból, cierpienie i różne sensacje zależy od indywidualnych właściwości i nieraz trudno jest zorjentować się, czy opisywane przez badanego dolegliwości we wzmożonej postaci, w samej rzeczy mają u niego miejsce w większym czy mniejszym stopniu nasilenia, czy też mamy do czynienia z nadmierną wrażliwością osobniczą lub z histerją, czy wreszcie ze świadomem przesadzaniem. Ażeby nie padać ofiarą złej woli w zakresie symulacji, fałszywych twierdzeń i przesadzania, należy sąd swój opierać przedewszystkiem na danych objektywnego badania, wynajdywanych z całą skrupulatnością i sumiennością, o co łatwiej jest w dziedzinie zmian i schorzeń chirurgicznych, niż np. w dziedzinie chorób wewnętrznych i nerwowych. Np. jeżeli badany twierdzi, że od kilku miesięcy cierpi na bardzo silne bóle pourazowe w stawie, które przeszkadzają normalnemu posiłkowaniu się tym stawem, tymczasem zaś nie znajdujemy u niego zmian objektywnych w stawie oraz zaniku mięśni i stwierdzamy w dodatku prawidłową pobudliwość elektryczną tych ostatnich, to możemy przyjąć z ogromnem prawdopodobieństwem, że osobnik ten przesadza intensywność swych bólów stawowych.

Jeżeli jednorazowe badanie nie wystarcza, by się pod tym względem zorjentować i powziąć właściwą opinję, to należy zastosować powtórne oględziny lub poddać obserwacji badanego w odpowiednich warunkach (np. w zakładach leczniczych).

W razie wykrycia symulacji, kłamania lub świadomego przesadzania, — istnienie niewątpliwe tych faktów obowiązani jesteśmy bezwzględnie w orzeczeniu uzasadnić, t. j. dowieść i umotywować.

II Część szczegółowa.

Ważniejsze z punktu widzenia potrzeb orzecznictwa schorzenia chirurgiczne i ortopedyczne.

Niepodobna w krótkim szkicu omówić wszystkie schorzenia, zmiany i zniekształcenia w dziedzinie chirurgji i ortopedji, będące przedmiotem orzecznictwa: wymagałoby to napisania na ten temat grubego tomu. Ograniczymy się zatem do rozpatrzenia najważniejszych dziedzin, mogących nasuwać pewne wątpliwości lub wymagających właściwego ujęcia i oświetlenia przy obecnym stanie wiedzy.

1. Gruźlica kości i stawów.

Zagadnienie gruźlicy kości i stawów w orzecznictwie chirurgicznem łączy się z zagadnieniem t. zw. gruźlicy urazowej wogóle, co jest ważnem dla towarzystw ubezpieczeń od wypadków. Obserwacja stwierdza, że bardzo często po urazach kości i stawów występują w miejscach podległych urazowi schorzenia gruźlicze; zjawisko to znajduje również potwierdzenie w badaniach eksperymentalnych. Z punktu widzenia patogenezy w ujęciu nauki współczesnej należy przyjąć za zasadę, że nigdy żaden uraz u osobnika, nie dotkniętego zakażeniem gruźliczem nie jest w stanie spowodować wybuchu sprawy gruźliczej. Natomiast powstanie schorzeń gruźliczych w kościach i stawach może mieć miejsce po urazie u osobników, u których albo istniał proces gruźliczy utajony w miejscu, które zostało narażone na uraz, albo u których istnieją w chwili urazu ogniska w innych narządach, np. w płucach, gruczołach i t. p., skąd zarazki na drodze przerzutowej przedostają się do tkanek, podległych urazowi. Tkanki takie bowiem stają się podatnemi na zakażenie prątkami gruźlicy na skutek wynaczynień do nich, zmiażdżenia ich elementów i t. p. zatem naskutek zmniejszonej ich żywotności i odporności na zakażenie swoiste.

Ażeby jednak przyjąć związek gruźliczy kości i stawów z urazem (nieszczęśliwym wypadkiem), należy stwierdzić:

1) czy dane schorzenie gruźlicze powstało w samej rzeczy po urazie? (bo mogło ono powstać również na drodze samoistnej),

2) czy dane schorzenie nie istniało już przedtem (na podstawie pewnych objawów)? uraz bowiem mógł tylko pogorszyć stan poprzedni.

Dalej należy stwierdzić:

3) ciągłość objawów od chwili urazu. Objawy początkowe bywają nikłe i wymagają stałej obserwacji lekarskiej i dlatego świadectwo lekarza, spostrzegającego dany przypadek od samego początku, jest nader miarodajnem.

Podejrzenie, że sprawa gruźlicza rozwija się w związku z przebytym urazem, można powziąć, jeżeli:

1) zmiany po urazie, jak np. obrzęk miejscowy, bolesność na dotykanie, wysięki w stawach, bóle — trzymają się uporczywie pomimo leczenia lub potęgują się;

2) ruchy stają się coraz bardziej ograniczone i coraz boleśniejsze,

3) stawy przybierają położenie, charakterystyczne dla gruźlicy (t. zw. Bonnet'owskie), np. staw biodrowy i kolanowe ustawiają się w zgięciu,

4) gruczoły okoliczne ulegają powiększeniu,

5) pierwotne podniesienia ciepłoty (t. zw. gorączki pourazowe-resorbcyjne) nie cofają się, lecz przechodzą w stan stały podgorączkowy.

Jeżeli tej ciągłości objawów od 1) do 5) było brak, to schorzenia gruźliczego nie można łączyć z urazem. Pod tym względem obserwacja 3 — 6 miesięcy wystarcza dla ostatecznego ustalenia t. zw. gruźlicy urazowej.

Zauważmy, że wogóle osobników ze zmianami gruźliczemi kości i stawów, nie zabliźnionemi, nie powinno się kwalifikować i przyjmować do żadnej pracy. Wyjątek mogą stanowić drobne owrzodzenia lub przetoki przy ogólnym stanie zupełnie dobrym, lecz z zastrzeżeniem, że osobnicy tacy nie powinni się podejmować ciężkiej pracy fizycznej oraz w nieodpowiednich warunkach hygjenicznych i że może u nich każdego czasu wystąpić nasilenie sprawy chorobowej.

W razie zachorowania pracownika na gruźlicę chirurgiczną, należy co do rokowania być bardzo ostrożnym, nawet bowiem racjonalne leczenie, zwłaszcza u osób dorosłych, może trwać całe lata z wątpliwym zawsze rezultatem ostatecznym quo ad restitutio, a z punktu widzenia potrzeb ubezpieczeniowych, wypada kwalifikować takiego osobnika jako niezdolnego do pracy wogóle.

2. Zniekształcające zapalenie stawów (arthritis deformans).

Schorzenie to może powstać po urazie (złamania stawowe, nadwichnięcia t. zw. dystorsje, kontuzje i t. p.), po reumatyzmie stawowym urazowego pochodzenia i samoistnie, zazwyczaj w wieku podeszłym, lecz spostrzegano je i u osobników młodych 15 — 20 letnich (osteoarthritis

deformans juvenilis). Dotyka stawy najczęściej: biodrowy, łokciowy i kolanowy. Przebieg bardzo powolny i bardzo przewlekły. Objawy początkowe: uczucie zmęczenia i osłabienia w kończynie, sztywność stawów, ograniczenie odwodzenia i przywodzenia np. w stawie biodrowym (malum coxae), bóle, trzeszczenia stawowe — stale potęgujące się.

W przypadkach wątpliwych (odróżnienie od reumatyzmu przewlekłego) należy zażądać zbadania promieniami Roentgena.

Choroba jest nieuleczalna, ma skłonność do stałego pogarszania się, niezdolność do pracy wzrasta i dochodzi do 100%. Leczenie termoterapeutyczne, klimatyczne i ortopedyczne (zesztywnienie stawu) dają wyniki niewielkie i nie chronią od kalectwa.

3. Zwichnięcie nawykowe stawu (Luxatio habitualis).

Rzadkie to zwichnięcie, polegające na wyskakiwaniu główki (najczęściej kości ramieniowej w stawie barkowym) przy pewnych ruchach czynnych nawet bez większego wysiłku fizycznego, powstaje najczęściej po przebytych urazach t. j. po zwichnięciach i rozciągnięciach stawu (distorsio). Przyczyna tego zjawiska tkwi: w obecności w stawie odłamków w razie nadłamań, towarzyszących niektórym cięższym zwichnięciom, we wrodzonej płytkości powierzchni stawowej panewki (cavitas glenoidalis), w wiotkości mięśni i więzadeł. Sprawa jest upartą, poddaje się z trudnością nawet leczeniu operacyjnemu (podanych zostało wiele sposobów postępowania, stale modyfikowanych) i czyni dotkniętych nią niezdolnymi do pracy fizycznej oraz zmniejsza zdolność do wszelkiej pracy, występując niespodziewanie przy ruchach kończyn, zdawałoby się, zupełnie normalnych w zwykłych warunkach, co za każdym razem wymaga pomocy lekarskiej (nastawienia zwichnięcia).

4. Złośliwe nowotwory.

Panuje przekonanie dość rozpowszechnione, że u pewnych predysponowanych osobników, obarczonych dziedzicznie, jednorazowy uraz może spowodować w danem miejscu rozwój mięsaka (sarcoma), natomiast często powtarzające się urazy mogą wywołać powstanie raka (carcinoma). Od tej zasady bywają jednak wyjątki.

Ponieważ tylko jednorazowe, silne zadziałanie urazu może być uważane jako wypadek nieszczęśliwy (Unfall), to stąd wynika, że tylko nowotwory będące następstwem takiego jednorazowego zadziałania zewnętrznego, mogą być uznane za znajdujące się z nim w bezpośrednim związku.

Na to jednak potrzeba: a) stwierdzenia, że miał miejsce uraz

większego natężenia, b) że trafił on w to miejsce ustroju, w którem rozwinął się nowotwór złośliwy, c) stwierdzenia ciągłości objawów od chwili urazu do objawów, znamionujących guz; ta ciągłość polega: na trwaniu i potęgowaniu się stopniowem bólów, na występowaniu stopniowem nacieku nowotworowego (guza), na powiększeniu odnośnych gruczołów i wreszcie na wzmagającem się charłactwie (cachexia).

Rokowania we wszelkiego rodzaju i pochodzenia nowotworach złośliwych — jest naogół złe; nawroty po zabiegach operacyjnych zawsze możliwe, z wyjątkiem bardzo wcześnie usuniętych operacyjnie mniej złośliwych raków, np. warg ust i sutka, w których nawroty mogą nieraz nie występować latami i raków skórnych, w których niezłe wyniki prócz zabiegów operacyjnych daje radioterapja.

Po usunięciu doszczętnem nowotworu złośliwego, zdolność do pracy może być odzyskaną na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu, którego z góry określić niepodobna, z chwilą natomiast wystąpienia nawrotów, a zwłaszcza przerzutów, należy przyjąć niezdolność do wszelkiej pracy = 100%, leczenie bowiem w tych razach w znakomitej większości przypadków nie daje widoków powodzenia.

5. Schorzenia chirurgiczne głowy (czaszki).

S c h o r z e n i a p o u r a z o w e. P o c i ę ż k i c h u r a z a c h c z a s z k i z jej uszkodzeniem mogą występować:

a) Rozmiękczenie mózgu; b) przewlekły ropień mózgu, którym towarzyszą prócz objawów objektywnych, objawy subjektywne w postaci bólów i zawrotów głowy; c) ciężka padaczka, lecz zazwyczaj występująca późno, nawet po kilku latach, wskutek zrostów bliznowatych z korą mózgową i zgrubień uszkodzonych kości; d) porażenia z powodu uszkodzeń odcinków kory mózgowej.

P o w s t r z ą ś n i e n i a c h m ó z g u (commotio cerebri) w cięższych przypadkach, charakteryzujących się utratą pamięci wstecz (amnesia retrograda) często pozostają: zawroty i bóle głowy, uderzenia krwi do głowy, zwłaszcza przy nachylaniu tułowia, szum w uszach.

S c h o r z e n i a n i e u r a z o w e: a) g u z y m ó z g u dają bóle głowy, wymioty, drgawki, porażenia; b) r o p n i e — występujące najczęściej po schorzeniach ucha wewnętrznego i rzadziej w postaci przerzutowej, dają objawy, zbliżone do guzów mózgu (z podniesioną T° w ostrych przypadkach).

Ażeby w wyżej przytoczonych schorzeniach urazowych i nieurazowych ustrzec się przed przesadzeniem (agrawacją) ze strony badanych, należy brać pod uwagę stwierdzone bezstronnie wywiady oraz ist-

nienie zmian objektywnych, a w wątpliwych przypadkach zażądać badania i obserwacji klinicznej w odpowiednich zakładach leczniczych.

Stopień utraty zdolności do każdej pracy jest w tych przypadkach wysoki, zawsze powyżej 50%, a w przypadkach padaczki i porażeń — 100%.

Wobec postępów chirurgji współczesnej — przypadki ropni mózgu i padaczki pourazowej kwalifikują się do zabiegów operacyjnych, dających wyniki pomyślne w około 50%.

Chorych z ropieniem z uszów, należy niezwłocznie kierować do specjalisty i ewent. leczenia operacyjnego wobec groźby powstania prędzej czy później ropnia w mózgu lub ropnego zapalenia opon.

6. Schorzenia chirurgiczne szyji.

Krzywa szyja (torticollis, caput obstipurn) bywa pochodzenia:

a) kostnego (urazowego) — po złamaniach i zwichnięciach kręgów i w gruźlicy — w części szyjnej kręgosłupa, b) nerwowego (torticollis spastica) o charakterze czynnościowym napadowym, c) skórnego z powodu blizn np. po oparzeniach i rozległych zranieniach), d) mięśniowego po urazach na skutek bliznowatych zmian w mięśniach jednej strony szyji), e) wrodzonego wzgl. nabytego podczas aktu porodu i niewyleczonego.

Stopień utraty zdolności do pracy = poniżej 50% (zależnie od rozmiarów przykurczeń), z wyjątkiem torticollis spastica, gdzie utrata ta wynosi więcej niż 50%. Z drugiej strony ta ostatnia postać poddaje się leczeniu przeciwnerwowemu, a w upartych przypadkach — chirurgiczno - ortopedycznemu za pomocą przecinania pewnych mięśni (myotomia), co działa dodatnio w wierunku wstecznym na zahamowanie pobudliwości odnośnych ośrodków mózgowych. W krzywej szyji pochodzenia bliznowatego, można też osiągnąć w wielu przypadkach znaczną poprawę przez wycięcie blizn i operację wytwórczą (plastyczną). W razie gruźlicy kręgów — p. wyżej rozdział o gruźlicy kości i stawów.

7. Schorzenia kręgosłupa.

a) Skrzywienie (scoliosis). Skrzywienie boczne pochodzenia krzywicowego (rachitis) pozostałe z okresu dziecięcego lub młodocianego zmniejszają zdolność do pracy tylko ciężkiej fizycznej poniżej 50%. Dla wielu zawodów, połączonych

z pracą umysłową, siedzącą i lekką pracą fizyczną, nie posiadają znaczenia ujemnego.

Skrzywienie statyczne powstające wskutek specjalnych warunków pracy zawodowej, połączonej z pochylaniem tułowia na bok, mogą z czasem wywoływać bóle. Jest to zatem choroba zawodowa, której zapobiegają odpowiednie urządzenia, mające na celu poprawę warunków pracy (rodzaj siedzenia, wysokość stołów przeznaczonych do pracy i t. p.); pod względem leczniczym dolegliwości mogą być usuwane przy pomocy gorsetów ortopedycznych prostej konstrukcji, utrzymujących w równowadze kręgosłup i mięsienia (masażu) mięśni kręgosłupa. Skrzywienie statyczne, będące następstwem znaczniejszego skrócenia jednej z kończyn dolnych może być wyrównywane przez noszenie buta o odpowiedniej grubości podeszwie lub wkładce, względnie odpowiedniego aparatu ortopedycznego (w skróceniach wysokiego stopnia). Zmniejszenia zdolności do pracy stany te zazwyczaj nie powodują (z wyjątkiem do ciężkiej pracy fizycznej).

Skrzywienia towarzyszące rwie kulszowej (scoliosis ischiadica) — ustępują pod wpływem właściwego leczenia cierpienia podstawowego i upośledzenia zdolności do pracy nie pozostawiają na stałe.

b) Choroba Kümmella — schorzenie rzadkie, występujące u osobników starszych po urazach (kontuzjach, nadłamaniach kręgów), najczęściej w odcinku grzbietowym kręgosłupa. Charakterystycznem jest dla tego procesu, że objawy, polegające na powstawaniu garbu (kyphosis) w mniejszym lub większym stopniu, występują dopiero po dłuższym czasie, nieraz po roku. Garb powiększa się, przyłączają się do tego bóle i depresja psychiczna, nadająca tego rodzaju chorym specjalny wyraz twarzy. Utrata zdolności do pracy może być stosunkowo niewielka, lecz przeważnie przewyższa 50%. Leczenie niewdzięcznie (gorsety ortopedyczne) pozostaje zwykle bez wyniku.

W rozpoznaniu różniczkowem w stosunku do gruźlicy kręgów rozstrzygają: przebieg sprawy (dłuższy okres bezobjawowy) *) i badanie promieniami Roentgena.

8. Schorzenia chirurgiczne brzucha.

a) Przepukliny (herniae). W orzecznictwie mamy do czynienia z najczęściej występującemi przepuklinami, t. j. pachwinowemi, pępkowemi, udowemi, smugi białej (linea alba) oraz w bliznach brzucha pourazowych i pooperacyjnych.

---

*) P. wyżej: gruźlica „pourazowa" kości i stawów.

Przepukliny bądź powstają stopniowe (zjawisko najczęstsze), bądź mogą być wywołane urazem.

Stopniowy rozwój przepuklin ma miejsce zazwyczaj wskutek zaniku tłuszczu przedotrzewnowego lub wypełnienia się niezupełnie obliterowanego worka przepuklinowego (np. w typie wrodzonym przepuklin pachwinowych, zwłaszcza u mężczyzn), albo przez wypuklenie istniejącej blizny; powstają one powoli.

Przepukliny pochodzenia urazowego powstają nagle: a) przez pęknięcie lub rozerwanie podskórne powłok wskutek silnego tępego urazu brzucha lub przez przeniknięcie przypadkowe odpowiedniego stożkowatego kształtu przedmiotu w kanał np. pachwinowy, uszkadzając jego ściany, b) przez naderwanie pierścienia przepuklinowego lub jego nagłe rozszerzenie podczas niezwykłego, przekraczającego zwykłą miarę wysiłku fizycznego (np. dźwignięcie nadmiernego ciężaru w niekorzystnych warunkach dla statyki i równowagi ustroju).

Przepukliny urazowe, (spowodowane nadmiernym wysiłkiem przy pracy), odznaczają się: a) małemi rozmiarami, b) towarzyszy ich powstaniu bardzo silny ból, nieraz z omdleniem, zniewalający do zaprzestania pracy i do wezwania pomocy lekarskiej, c) niekiedy znajdujemy podbiegnięcia krwawe w skórze w miejscu, odpowiadającemu powstawaniu przepukliny, d) najczęściej przytem ma miejsce uwięźnięcie (incarceratio) zwłaszcza małych t. zw. przepuklin śródmiąższowych (interstycjalnych). Stwierdzenie tych wszystkich objawów jest nader ważnem ze względu na związanie przyczynowe przepukliny urazowej z wypadkiem (służą do tego celu — zeznania świadków samego wypadku i odnośne świadectwo lekarza, który był wezwany do takiego wypadku i obserwował objawy przepukliny od początku). Przepuklina nie jest urazowego pochodzenia, a więc następstwem wypadku, lecz powstała stopniowo: a) jeżeli jest dużą np. pachwinowo - mosznową, wogóle zaś przepukliny wielkości cytryny i większe — nie są pochodzenia urazowego b) jeżeli jest dwustronną np. pachwinową, lub rzadziej udową; powstanie bowiem równocześnie przepukliny dwustronnej od danego wypadku jest wykluczone.

Jeżeli zatem badany twierdzi, np. że dostał przepuklinę podczas zwykłej pracy, a nie towarzyszyły temu gwałtowny ból lub uwięźnięcie, wymagające natychmiastowego przerwania pracy i wezwania pomocy lekarskiej, to przepuklina ta nie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku (którego zresztą nie było), lecz powstała stopniowo, badany zaś albo mówi nieprawdę, albo ewent. umiarkowany wysiłek fizyczny, który wykonał podczas zwykłej pracy, a po którym spostrzegał u siebie przepuklinę, stanowił tylko sposobność do zauważenia przez niego istniejącej

już i będącej w stadjum rozwoju przepukliny. Za przepuklinę urazową należy przyjąć natomiast taką przepuklinę, która już istniała, lecz na skutek nadmiernego wysiłku fizycznego uległa nagłemu powiększeniu się przy objawach uwięźnięcia. Przepukliny powodują utratę zdolności do pracy zazwyczaj w niewielkim stopniu. Według większości doświadczonych autorów — poniżej 50%, najczęściej 10 — 25% zależnie od towarzyszących niekiedy dolegliwości (bólów), przyczem zauważyć wypada, że mała przepuklina częściej je wywołuje i częściej grozi uwięźnięciem.

Przy obecnym stanie chirurgji powinno być zalecone w każdym przypadku przepukliny nie stosowanie pasków, które są przeżytkiem i nie zapobiegają uwięźnięciu, zwłaszcza jeżeli są zdejmowane na noc, lecz operacyjne leczenie. To leczenie operacyjne ma na celu w większości przypadków zabezpieczenie przed grożącem każdej chwili uwięźnięciem przepukliny, które powstaje wcale niezawsze podczas wysiłków fizycznych, lecz częściej w warunkach najmniej spodziewanych i trudnych do wytłomaczenia pod względem swej patogenezy.

Jako dowód przytaczam poniżej przykład z własnej obserwacji. Chory 40-kilkoletni X. X., spinacz wagonów na kolei żelaznej, przyjęty został do oddziału chirurgicznego na własną prośbę celem wykonania u niego operacji z powodu dużych rozmiarów przepukliny pachwinowej. U X. w samej rzeczy istniała po jednej stronie przepuklina pachwinowo - mosznowa od lat 10, odprowadzalna; po drugiej — mała przepuklina pachwinowa wielkości jaja kurzego również odprowadzalna, nie sprawiająca choremu dolegliwości, na którą chory nie zwrócił nawet uwagi. Operacja miała być najpierw dokonaną na przepuklinie pachwinowo - mosznowej. W nocy, poprzedzającej zabieg operacyjny, chory przewrócił się na bok i uległ nagle uwięźnięciu przepukliny małej pachwinowej, którą też poddano operacji w parę godzin potem. Zatem pacjent ten, który podczas swej ciężkiej pracy fizycznej ani razu nie uległ uwięźnięciu swych przepuklin, dostał uwięźnięcia jednej z tych przepuklin podczas wypoczywania w łóżku i to właśnie małej, o istnieniu której prawie nie zdawał sobie sprawy.

b) Wyrostek robaczkowy a uraz. Zapalenie wyrostka robaczkowego urazowe (appendicitis traumatica) właściwie nie istnieje: zdrowy, ruchomy, normalny wyrostek wymyka się z pod urazu brzucha. Wprawdzie w piśmiennictwie istnieje parę przypadków urazowych uszkodzeń wyrostka z oderwaniem jego krezki i krwotokiem wewnętrznym, lecz nie były to przypadki właściwego, tak dobrze znanego, banalnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Możliwem jest natomiast, że wskutek urazu brzucha z wynaczynieniami w okolicy jelita ślepego, powstają w następstwie zrosty, obejmujące również wyrostek, powodujące jego przemieszczenia, zagięcia i zwężenia — t. j. stwarzające warunki sprzyjające z czasem wybuchowi typowego ostrego „appendicitis" lub powstawaniu w wyrostku przewlekłych spraw zapalnych.

W takich wypadkach uraz stanowił moment usposabiający, przygotowujący pole do powstawania zmian zapalnych. Jeżeli natomiast natychmiast po urazie występuje ostry napad zapalenia wyr. robaczkowego, to stanowi to dowód, że urazowi temu uległ wyrostek będący już w stanie zmian chorobowych, zwłaszcza jeżeli znajdując się w zrostach, zawierał ropień (empyema) lub kamień kałowy, dzięki czemu na skutek urazu nastąpiło przedziurawienie (perforatio), ze wszystkiemi jego objawami. W takich znów wypadkach uraz stanowi powód, ułatwiający i przyśpieszający wybuch sprawy, lecz nie jej przyczynę.

Tak więc związek urazu (wypadku) z wybuchem zapalenia wyrostka jest zawsze tylko pośredni i jeżeli badany twierdzi, że zaraz po urazie dostał zapalenia wyrostka, będąc przedtem zupełnie zdrowym, to niczego to nie dowodzi, doświadczenie bowiem uczy, że procesy zapalne w wyrostku mogą przebiegać przez czas nawet dłuższy, zupełnie skrycie. Przewlekłe stany zapalne wyrostka robaczkowego wobec towarzyszących im dolegliwości i grożących obostrzeń stanowią pewną niezdolność do pracy, która powinna jednak być usuniętą przez wycięcie wyrostka na drodze operacyjnej.

c) Zrosty otrzewnowe po operacjach na wyrostku robaczkowym i po innych zabiegach wewnątrz jamy brzusznej. Zrosty takie (występujące w b. rzadkich przypadkach również samoistnie), powodują uporczywe bóle i zaburzenia takie, jak np. w ruchu robaczkowym jelit (zaparcia), wymioty, i t. p. u osób szczególnie w tym kierunku usposobionych. Najczęściej zrosty tego rodzaju mogą tworzyć się: aa) po otwarciu ropnia okołowyrostkowego, bez usunięcia wyrostka, bb) po operacjach t. zw. na zimno z usunięciem wyrostka, cc) po laparotomjach z powodu innych schorzeń chirurgicznych oraz ginekologicznych.

Niezdolność do pracy wskutek towarzyszących tym stanom dolegliwości i powikłań wynosi w lżejszych przypadkach poniżej, a w cięższych — powyżej 50%.

Leczenie wogóle jest niewdzięcznem, zwłaszcza zachowawcze (kąpiele, nagrzewania i t. p.). Chirurg lipski prof. Payr próbował w ostatnich czasach stosowanie elektro - magnesu przy podawaniu do wewnątrz soli żelaza, przesuwając magnes po powłokach brzusznych i licząc na rozciągnięcie tym sposobem zrostów otrzewnowych.

Najpewniejsze wyniki daje operacja chirurgiczna w postaci bocznego zespolenia (enteroanastomosis).

9. **Żylaki kończyn dolnych** (varices extremitatum inferiorum)

Żylaki kończyn dolnych powstają u osób, u których budowa anatomiczna układu żylnego nie jest przystosowaną do pewnych warunków, związanych z ich zajęciem (np. ze staniem) czyli zależą od zmian t. zw. obciążających dany ustrój. U tego typu osobników często spostrzega się prócz tego: stopę płaską, skrzywienia kręgosłupa, a nawet opuszczenie jelit (enteroptosis) i nerki (nephroptosis). U kobiet ciężarnych, przy powstawaniu żylaków odgrywają zapewne niejaką rolę hormony, wywierające wpływ na zmiany swoiste w ścianach żył, ponieważ żylaki występują tutaj najczęściej w pierwszych miesiącach ciąży, kiedy powiększenie macicy i związany z tem przypuszczalny ucisk na pewne pnie żylne, niema jeszcze miejsca.

Słowem, tak czy inaczej, żylaki powstają w zależności od właściwości konstytucyjnych, nigdy zaś naskutek urazu. Z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że żylaki, upośledzając odżywianie tkanek, mogą wpływać ujemnie na przebieg różnych schorzeń miejscowych,- hamując np. gojenie się złamań lub przetok (fistulae) dotkniętych niemi odcinków kończyn. Odwrotnie, istniejąca lub rozwijająca się stopa płaska (pes planus) może wpływać przyśpieszająco na rozwój żylaków wskutek zaburzeń w odżywianiu, a stąd też i w funkcjach grup mięśniowych, utrzymujących stopę w prawidłowem położeniu. W takich przypadkach wskazane jest również leczenie stopy płaskiej.

Z żylaków mają miejsce niekiedy wskutek ich pęknięcia, mniej lub więcej silne k r w a w i e n i a.

Krwotok z żylaków wówczas tylko poczytywany jest za będący w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli spowodowany został przez wyraźnie stwierdzony uraz miejscowy (uderzenie, skaleczenie i t. p.). Natomiast krwotok z żylaka, występujący w zwykłych warunkach pracy stanowi następstwo naturalnego rozwoju sprawy chorobowej i nie może być poczytywany za nieszczęśliwy wypadek.

Z m n i e j s z e n i e z d o l n o ś c i d o p r a c y u osób, dotkniętych żylakami w wysokości od 20 — 50% (niekiedy więcej), może być przyznawane tylko w tych przypadkach, kiedy żylaki powodują:

a) bóle neuralgiczne,

b) uczucie ciężkości i zmęczenia w kończynach, utrudniające stanie i chodzenie,

c) bolesne skurcze,

d) kiedy im towarzyszą uporczywe wrzody (ulcera) i powta-

rzające się stany zapalne (thrombophlebitis) oraz znaczniejsze obrzęki.

Nie przyznaje się zmniejszenia zdolności do pracy w przypadkach żylaków, nie powodujących żadnych powikłań.

Leczenie w przypadkach żylaków niepowikłanych powinno być zalecone jako zapobiegawcze ich dalszemu rozwojowi i mogącym powstać powikłaniom (elastyczny ucisk, mięsienie i t. p.). W przypadkach dalej posuniętych, w których rozpoczynają się bóle, skurcze i t. p. wskazane jest leczenie operacyjne np. wycinanie żył, które jako nie dające naogół świetnych wyników, zostało w ostatnich czasach zastąpione wstrzykiwaniami dożylnemi (rozczynu NaCl, sody, cukru i t. p.).

Nie należy kwalifikować do leczenia wstrzykiwaniami dożylnemi:

a) osobników w podeszłym wieku i bardzo otyłych,

b) kobiet w ciąży,

c) osób, skarżących się na chromanie przestankowe (claudication intermittente), będące zwiastunem obliteracyjnego schorzenia tętnic (endoarteritis obliterans),

d) przypadków z zapaleniem żył (thrombophlebitis),

e) chorych z wadami serca,

f) chorych ze schorzeniami nerek,

g) dotkniętych cukrzycą (diabetes).

10. **Wrzody goleni** (ulcera cruris).

Jest to częste zjawisko, towarzyszące żylakom i mogące powstawać po drobnych nawet zadrapaniach, skaleczeniach i urazach.

Związek wrzodu z wypadkiem powinien być przyjęty tylko wówczas, jeżeli może być stanowczo dowiedzionem, że uraz miał miejsce podczas wykonywania pracy i dotknął istotnie to miejsce, na którem bezpośrednio potem utworzył się wrzód.

Stopień zmniejszenia zdolności do pracy wynosi poniżej lub powyżej 50%, zależnie od rozległości i głębokości procesu i od charakteru zajęcia badanego; może on wynosić nawet 100% u osób skazanych na ciężką pracę fizyczną, zmuszającą do znajdowania się stale w ruchu.

Kwalifikują się do leczenia drogą zachowawczą lub operacyjną (wycinanie, plastyka) tylko wrzody w początkowym okresie ich rozwoju. Głębokie rozległe wrzody o brzegach zgrubiałych, z daleko sięgającemi zmianami w otaczających tkankach poddają się z trudnością wszelkiemu leczeniu, odznaczają się skłonnością do nawrotów i dyskwa-

lifikują do wszelkiej pracy. Niekiedy tylko amputacja kończyny w daleko posuniętych, głębokich wrzodach ratuje sytuację pod tym względem, że u osób mogących pracować z protezą, w pozycji siedzącej, przywraca zdolność do pracy, uwalniając od długich w niej przerw dla leczenia, od powikłań miejscowych i ogólnych, pogorszeń stanu, bólów i neurastenji.

Jeżeli w przypadkach zaniedbanych mamy się wypowiedzieć co do rokowania, to musimy przewidywać bez leczenia stałe pogarszanie się stanu, z drugiej strony leczenie zachowawcze w tego rodzaju przypadkach nie daje wyników trwałych.

STRESZCZENIA.

M. MIŁOVANOVIC.

PRZYCZYNEK DO ANATOMJI PATOLOGICZNEJ KOKAINIZMU.

Medicinski Pregled 1931 Belgrad

Autor w ciągu ostatnich 18 miesięcy miał sposobność badać troje zwłok nałogowych kokainistów, przytem znalezione zmiany dzieli autor na nieswoiste i swoiste dla kokainizmu. Do tych ostatnich zalicza on daleko posunięte wyniszczenie, przebicie chrzęstnej przegrody nosowej, a szczególnie zmiany na skórze, powstające wskutek zastrzykiwań; te ostatnie zmiany występują pod postacią ranek kłutych, nacieków w okolicy tych ranek, ropni przy miejscach injekcji i wreszcie blizn skórnych. Powyższe zmiany prawie wyłącznie są umiejscowione na przedniej powierzchni tułowia i kończyn.

W. D.

M. MIŁOVANOVIC.

POŚMIERTNE ZATORY TŁUSZCZOWE.

(*Srpski Archiv za ce.okupno lekarstwo 1932*)

Jak wiadomo, w nauce istnieją rozbieżne zdania co do możliwości powstania po śmierci zatorów tłuszczowych. Autor w r. 1929 dokonał w tej sprawie szeregu badań doświadczalnych i przyszedł do wniosku, że nie udaje się przy wywołaniu gnicia zwłok na drodze eksperymentalnej sprowadzić powstania zatorów tłuszczowych w płucach.

Przy następnych dociekaniach, autor przeprowadził badania 67 zwłok topielców z tego 21 świeżych, 46 dotkniętych znacznym rozkładem, przytem ustalił, że tłuszcz, znaleziony w naczyniach tkanki płucnej w $^1/_3$ przypadków dowodzi przyżyciowości powstania tych zatorów, w połowie przypadków w dużym stopniu przemawia za tem, w $^1/_4$ to przypuszczenie robi prawdopodobnem. Wreszcie autor przyszedł do wniosku, że nie znalazł on dowodów na to, że mogą występować t. zw. pośmiertne zatory tłuszczowe.

W. D.

JACOBI.

NIEZWYKŁY PRZYPADEK SAMOBÓJSTWA.

D. Zeitschr. f. die ges. gerichtliche Medizin Bd. 20

Autor opisuje następujący niezwykły przypadek samobójstwa pewnej kobiety: denatka siekierą używaną do rąbania drzewa w świńskim chlewie zadała sobie pięć ran w obrębie lewego przedramienia (rany były ułożone pod kątem prostym w stosunku do długiej osi przedramienia), następnie odrąbała sobie lewą dłoń, opierając ją o kloc, używany do oparcia przy rąbaniu drzewa; potem przeszła 5 metrów, przelazła przez ogrodzenie wysokości jednego metra, otaczające gnojówkę i tam położyła się na wznak w jej zawartości, głębokiej ok. 0,35 metra. Denatka w chwili spełnienia tak wyrafinowanego samobójstwa znajdowała się w stanie głębokiej depresji psychicznej; na 2 tygodnie przed śmiercią zwierzała się, że żyć nie będzie.

Na dzień przed samobójstwem mąż zastał denatkę siedzącą w chlewie świńskim przy wspomnianym klocu z siekierą, którą tam i z powrotem przesuwała po przedramieniu. Na zapytanie co tu robi, odpowiedziała, że będzie ładna śmierć, gdy odetnie sobie rękę i pójdzie do gnojówki.

W. D.

M. MIŁOVANOVIC.

SAMOBÓJSTWA CHORYCH NA PORAŻENIA POSTĘPUJĄCE PO PRZEPROWADZENIU LECZENIA PRZECIW - PARALITYCZNEGO (MALARIA).

D. Zeitschr. f. die ges. gericht. Medizin Bd. 20

Autor podnosi, iż w latach 1919 — 1928 na 569 paralityków, leczonych w szpitalu dla psychicznie chorych w Belgradzie, nie było ani jednego przypadku samobójstwa; w tymże czasie w Belgradzie popełniło samobójstwo 21 paralityków, wszyscy — w okresie początkowym choroby: nie byli oni leczeni „antiparalitycznie" malarją etc. samobójstwo popełnili, mając świadomość choroby i jej nieubłaganych skutków.

Autor ostatnio miał sposobność badać dwa przypadki samobójstw paralityków w okresie wydatnej remisji po leczeniu antiparalitycznem; nawiązując do tych przypadków autor zaznacza, że skłonność do samobójstwa paralityków po leczeniu antiparalitycznem znacznie wzrasta, szczególnie w okresie remisji, gdy budzi się świadomość choroby i jej zejścia.

Autor podkreśla znaczenie tego wpływu leczenia na paralityków z punktu widzenia sądowo - lekarskiego i skutków karnych i cywilnych takich samobójstw.

W. D.

PROF. DR. FERRAY.

PRZYPADEK ZAPALENIA STAWÓW LEWEGO NADGARSTKA, JAKO NASTĘPSTWO DŁUGOTRWAŁEJ PRACY PRZY PERFORATORZE PNEUMATYCZNYM.

Journal de Médecine et de chirurgie — Tom 103/16-1932

Pewien górnik około 6 lat obsługiwał w różnych warsztatach perforator pneumatyczny (przyrząd do rozbijania betonu, skał i t. p.). Obsługujący go robo-

tnik lewą ręką przytrzymuje tylną część przyrządu, prawą zaś reguluje perforator, który pracuje z szybkością karabinu maszynowego, skutkiem czego lewa ręka doznaje stałych, dość silnych wstrząsów.

U wspomnianego górnika przy badaniu ambulatoryjnem lekarskiem rozpoznano ostry gościec stawowy, w szpitalu zaś stwierdzono obrzmienie i zaczerwienienie okolicy lewego nadgarstka. Badanie rentgenologiczne wykazało, że granica między kością promieniową a kośćmi nadgarstka oraz pomiędzy kością główkowatą a haczykowatą jest zatarta. Pozatem u badanego nie stwierdzono żadnych odchyleń od normy (Tbc. i t. p.). Jako przyczynę zapalenia lewego stawu nadgarstkowego uznano uraz mechaniczny w postaci długotrwałych wibracji, wywołanych przez perforator.

Wyleczono chorego w ten sposób, iż unieruchomiono mu na czas pewien lewą kiść.

Dr. A. Piotrowski.

BEYREIS.

UDAR MÓZGOWY U 30-LETNIEGO MĘŻCZYZNY PO NADUŻYCIU ALKOHOLU.

D. Z. f. d. g. g. Med. 19 Bd. 3 Hft.

Pod powyższym tytułem opisuje autor przypadek wylewu krwi do komór mózgowych u 30-letniego mężczyzny, ciekawy przez to, że nie wchodził w rachubę ani uraz ani też przedwczesne zwapnienie tętnic, wylew zaś był tylko skutkiem nadmiernego nadużycia alkoholu.

N. muzyk zawodowy 2.7 brał udział w orkiestrze jako trębacz w miejscowości L. Już przed południem był dobrze pijany, po południu nic nie jadł, grał natomiast od 15 do 20 godziny. O 20½ pojechali z żoną na rowerach do domu. Po drodze wstąpili do gospody, gdzie wypili po szklance piwa. Około 23½, pojechali dalej, wstępując jeszcze do jednej gospody. Tutaj N. po raz pierwszy w tym dniu coś zjadł i znowu wypił dwa duże kufle piwa. O 24-ej znaleźli się w domu. Nazajutrz żona obudziła męża o 7-ej. Ten był bardzo zmęczony, nie chciał wstać. Następnie poszedł do ustępu, po powrocie wyjął pieniądze przeznaczone na komorne i położył się z powrotem do łóżka. Żona poszła do gospodarza, a gdy wróciła ok. godziny 8-ej, stwierdziła, że mąż jest nieprzytomny. Zauważyła, że wymiotował i mocz oddał pod siebie. Wezwany lekarz zalecił lód na głowę i mocną kawę, podanie której choremu się nie udało. Wezwany po raz drugi przed południem lekarz, zarządził przewiezienie chorego do szpitala, gdzie ten wkrótce zmarł z objawami zatrucia o g. 14½. Wobec podejrzenia, że śmierć nastąpiła wskutek zatrucia, przedsięwzięto oględziny zwłok które odbyły się 8.7. Oznak zatrucia ani uszkodzeń zewnętrznych nie znaleziono. Naczynia opon miękkich wypełnione krwią płynną. W komorach bocznych 150 cm. skrzepłej krwi. Jądro soczewkowate lewe rozerwane, miękkie, kruche. Wyściółka komór bocznych nierówna czerwonawa, miejscami przylegają do niej skrzepiki krwi. W komorze trzeciej i czwartej — krew. W naczyniu, które pękło, skrzep krwi. Mózg pozatem widocznych odchyleń od normy nie przedstawia. Naczynia podstawy mózgu cienkie, miękkie, ich błona wewnętrzna widocznych zmian nie wykazuje. Serce o wymiarach: 14,5 × 12 cm. wiotkie prawie puste. Na worku osierdziowym dużo tłuszczu. Wsierdzie, zastawki, błona wewnętrzna dużych naczyń bez zmian. Mięsień sercowy brunatno - czerwony — zmieniony wskutek procesu gnilnego. W pozostałych organach nic szczególnego. Autor wnosi, że wylew krwi do komory czwartej nastąpił w ustępie, po-

czem miały miejsce wymioty. Zdaniem jego w danym razie przewlekłym alkoholizm z „obostrzeniem" był właściwą „chemiczną" przyczyną pęknięcia naczyń.

Wł. Felc

L. WACHHOLZ.

TRZY PRZYPADKI ZATRUCIA ARECOLINĄ.

D. Z. f. d. g. g. Med. 19 Bd. 3 Hf.

Artykuł dotyczy zatrucia przypadkowego arecoliną, zawartą w chlorku wapnia, zastrzykiwanego dożylnie trzem pacjentom gruźlikom, przebywającym na kuracji w miejscowości górskiej. Injekcje dożylne chlorku wapnia tym pacjentom odbywały się dotychczas bez żadnych powikłań, a stan chorych poprawiał się. Technika zastrzyków nie nastręczała żadnych zastrzeżeń. Pewnego dnia zgłosiły się do injekcji dwie kobiety i mężczyzna, którzy przedtem już te zastrzykiwania otrzymywali i dobrze je znosili. Po zastrzyknięciu roztworu pierwszej kobiecie wystąpiły u niej groźne objawy: utrata przytomności, skurcz mięśni o charakterze tężcowym w całem ciele, szczególnie jednak na twarzy, szyi i w krtani, rzeżący oddech, sinica twarzy, ślinotok, mimowolne oddanie moczu, lekkie wymioty, wreszcie słabe drgawki kloniczne. Po odzyskaniu przytomności — dreszcze i zimno. Po godzinie czasu i minięciu niepokojących objawów odwieziono ją do domu, gdzie dwa tygodnie przeleżała w łóżku, przyczem stan cierpienia płucnego uległ pogorszeniu. W kolejce do injekcji była inna chora, która sama prosiła o zabieg, mimo zajścia, którego była świadkiem. Lekarz zgodził się na zabieg tem więcej, że pierwszy atak przypisywał histerji. Skutek drugiego zastrzyku był identyczny, tylko wobec silniejszej budowy ciała, skurcze były intensywniejsze i trudniejsze ratowanie (sztuczny oddech). Trzeci pacjent z tejże kolejki usilnie nalegał na zastrzyk zapewniając, że ponieważ jest mężczyzną, nic mu się nie stanie. Mimo, że zamiast zwykłych 10 $cm.^3$ dostał tylko 5 $cm.^3$ wynik był ten sam, co u poprzedniczek. O ile pierwsze dwa przypadki można było sobie tłumaczyć histerją lub też chorobliwem naśladownictwem, to trzeci żadną miarą w granicach tego rozumowania ostać się nie mógł. Lekarz zabezpieczył resztę roztworu, użytego do zastrzyknięć oraz pozostałe ampułki chlorku wapnia, pochodzące z tej samej serji i przesłał do P. Z. H. w celu dokonania analizy chemicznej. Badanie chemiczne wykazało, że obok chlorku wapnia znajduje się tam sól bromowa arecoliny. Pacjenci, dowiedziawszy się o wyniku badania wystąpili do sądu z żądaniem odszkodowania od firmy, która wypuściła na rynek wspomniane preparaty. Autor wspólnie z prof. Kozakiem wydali jednobrzmiące orzeczenie, które opiewało: 1) objawy, które wystąpiły u wszystkich pacjentów nie były spowodowane niczem innem jak tylko obecnością arecoliny. 2) arecolina jest alkaloidem (Areca catechu L.) bezbarwnym oleistym płynem, stosowanym w praktyce weterynaryjnej jako środek przeciwczerwiowy oraz przeciw kolce u koni. Działa podobnie do muskaryny, powoduje drgawki i porażenia, co utrudnia ratowanie (stosowanie sztucznego oddechu). Śmierć następuje wskutek porażenia mózgu. Eksperci lekarzowi żadnego zarzutu nie stawiają, uważając, że działał on zgodnie z zasadami praktyki lekarskiej i nie popełnił błędu sztuki.

Wł. Felc.

KRONIKA

„RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY i SOCJOLOGICZNY".

Wyszedł z druku 4-ty zeszyt „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego". Na treść zeszytu składają się Artykuły „O aktach prawnych wyrokowania według K. P. C." — Dr. J. K. Gidyński; „Bank Polski a współczesna sytuacja walutowa" — Dr. H. Nowak; „Idea korporacyjna" — X. Dr. A. Roszkowski. — Przegląd piśmiennictwa: 54 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa, ekonomji i socjologji oraz bogata bibljografja odnośnej literatury polskiej i obcej. — Kronika ustawodawcza. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego dla wszystkich ziem polskich. Orzecznictwo Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Kronika gospodarcza, socjalna i samorządowa.

Wyszedł z druku 1-szy zeszyt 1933 r. „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego". Na treść zeszytu składają się: Artykuły: „Rektyfikacja wyroków w polskiej procedurze cywilnej", przez prez. J. J. Litauera; „O koncepcji prawa społecznego", przez prof. W. Makowskiego; „Z polskiej literatury o pieniądzu", przez prof. E. Taylora; „Kryzys i metakryzys", przez dr. R. Battaglję. — Przegląd piśmiennictwa: 45 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa, ekonomji i socjologji oraz bogata bibljografja odnośnej literatury polskiej i obcej. — Przegląd prawodawstwa: Zobowiązania międzynarodowe Polski, przez prof. J. Makowskiego.— Kronika ustawodawcza. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego dla wszystkich ziem polskich. Orzecznictwo Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Kronika gospodarcza i socjalna.

PRZEMÓWIENIE.

Przewodniczącego Instytutu Kryminologicznego W. W. P., prof Dr. Emila Stanisława Rapapporta na otwarciu Instytutu w dniu 13.XII 1932.

W szczególnie pamiętnym dla mnie roku dwudziestopięciolecia pracy wykładowej na Wolnej Wszechnicy Polskiej, rad jestem niepomiernie, że przypada mi w udziale zaszczyt otwarcia przy Wszechnicy nowego studjum badawczo - pedagogicznego: — Instytutu Kryminologicznego — o swoiście wysokim ponad -akademickim charakterze i przeznaczeniu zarówno teoretycznem jak i praktycznem.

Instytut Kryminologiczny powstaje, na razie w skromnych ramach obecnych, po rocznym wysiłku jego Komitetu Organizacyjnego, a zwłaszcza dzięki niezmordowanym pracom przygotowawczym jego Dyrektora, prof. Adama Ettinge-

ra, — powstaje bez szczególnie uroczystych form inauguracyjnych, bez fanfar informacji prasowej, bez tak pożądanych na przyszłość zasiłków ze strony Rządu i zrzeszeń prawniczych licząc się z konieczności z nader umiarkowanem wynagrodzeniem wykładających i mając na widoku niemal wyłącznie czesne swych pierwszych słuchaczy i hospitantów, jako podstawę minimalnego budżetu. Powstaje nasz Instytut w dobie ciężkiego kryzysu gospodarczego i wywołanej kryzysem bierności organizacyjnej — na wielu polach pracy, a więc i w środowiskach prawniczych.

To też należy się szczera wdzęczność zarządowi Wolnej Wszechnicy Polskiej i jej władzom akademickim, — Senatowi z p. Rektorem Viewegerem i wydziałowi nauk politycznych i społecznych z p. Dziekanem Maliniakiem na czele, za tak zdecydowane dopomożenie nam do doprowadzenia tego trudnego dzieła organizacyjnego do pomyślnego skutku.

Sama walcząc z trudnościami rozlicznej natury, Wolna Wszechnica nie zawahała się oddać do dyspozycji Komitetu Instytutu i ośrodek lokalowy w gmachu Wszechnicy i sale wykładowe dla zajęć i ćwiczeń sekcyj kryminologicznej i kryminalistycznej i wreszcie umożliwiła korzystanie z aparatu biurowego Wszechnicy dla potrzeb administracyjnych Instytutu. Otoczyła więc Wszechnica odrazu tę młodą latorośl Instytutową swą tak wyjątkowo cenną dla nas opieką, której nie poskąpiło również Instytutowi — w okresie organizacyjnym — pośrednio mu bliskie celami badawczemi Polskie Towarzystwo Ustawodawstwa Kryminalnego; wsparli równeż Instytut szczególnie wydatnie swem bezpośredniem zainteresowaniem koledzy — wykładający nietylko z pośród macierzystej Wszechnicy, lecz i wybitni profesorowie i docenci Uniwersytetu stołecznego oraz specjaliści z pośród właściwych gałęzi administracji państwowej.

* * *

Samorządną poniekąd organizację naszego Instytutu Kryminologicznego i jego dwuletni a czterosekcyjny program omówi po mnie sumarycznie p. Dyrektor Ettinger, mnie zaś przypada w podziale informacyj wstępnych zadanie określenia, oczywiście w jaknajzwięźlejszym zarysie: a) zasadniczego celu Instytutu, b) znamiennego momentu, w którym powstaje to specjalne studjum wyższe i c) analogicznych procedensów organizacyjnych na Zachodzie kontynentu Europy, a poczęści w Ameryce Południowej.

* * *

A więc, przedewszystkiem, cel nowoczesnych Instytutów Kryminologicznych.

Jest nim sharmonizowanie — w całokształcie badawczym nowoczesnego prawoznawstwa kryminalnego (sciences pénales, gesammte Strafrechtswissenschaft) — obu odtąd równouprawnionych, to znaczy równorzędnie pod względem teoretycznym i praktycznym doniosłych, dziedzin badawczych: a) zespołu umiejętności prawno - karnych w ścisłem, prawniczem, znaczeniu i b) zespołu tak zwanych umiejętności pomocniczych, czy też uzupełniających (sciences auxiliaires ou appliquées, Hilfs oder Angewandte Wissenschaften), do których zaliczyć należy przedewszystkiem obszerne działy specjalne badań kryminologicznych i t. zw. kryminalistycznych a ponadto i, zwłaszcza w czasach ostatnich, — specjalnej grupy nauk penitencjarnych (o więziennictwie).

Te tak charakterystyczne wymogi dla przemiany wykształcenia nowoczesnego kryminologa, nietylko już prawnika, są skutkiem wielkich zmian w danej dziedzinie, jakich dokonała oparta na obserwacji życia nauka w drugiej połowie

ubiegłego, a następnie ustawodawstwo kryminalne w pierwszej połowie naszego stulecia; odbiegło ono przecież dość znacznie od prawowzoru t. zw. „klasycznych" kodeksów karnych i klasycznych założeń doktrynalnych końca XVIII i pierwszej połowy XIX stulecia i w sposób ostrożny, lecz celowy i systematyczny, zużytkowywać poczyna dojrzałe zdobycze poznawcze słynnej epoki pozytywizmu w prawie karnem na rubieży dwu ostatnich stuleci.

Nowoczesne Instytuty Kryminologiczne — to właśnie przekątna badawczo — pedagogiczna wzajemnej, bardzo zobopólnie płodnej, rywalizacji pierwiastków ściśle prawniczych i socjologiczno - przyrodniczych przy kształtowaniu indywidualności nowoczesnego kryminologa, a Wolna Wszechnica Polska najwięcej miała po temu tytułów, aby takiem nowoczesnem studjum specjalnie się zaopiekować, jako pierwsza wyższa uczelnia polska, która zdecydowała się na utworzenie samodzielnej katedry Kryminologji i katedrę, tę zajmowaną przez Dyrektora naszego Instytutu, od szeregu już lat pomyślnie utrwala.

* * *

Drugą znamienną cechą organizacyjną naszego Instytutu, którą podkreślić pragnę, jest moment, w jakim to specjalne Studjum Wyższe powstaje.

Instytut Kryminologiczny rozpoczyna swą działalność w chwili, gdy Komisja Kodyfikacyjna ukończyła ostatecznie swą dwunastoletnią pracę nad jednolitem dla całego Państwa ustawodawstwem karnem, a Rząd nasz, na mocy uzyskanych od Ciała Ustawodawczego pełnomocnictw, zrealizował kolejno poszczególne kodeksy i ustawy odnośne w postaci Rozporządzeń z mocą ustawy Pana Prezydenta Rzeczypospolitej.

Wszystkie trzy równorzędnie ważne działy naszego nowego, już rodzimego, ustawodawstwa kryminalnego, — materjalny, ustrojowo - procesowy i opracowany już bezpośrednio w Ministerstwie wykonawczo - penitencjarny —, są tak skonstruowane nowocześnie, że składają wielką władzę w ręce odpowiednich przedstawicieli, zasadniczych i pomocniczych, wymiaru sprawiedliwości karzącej oraz wykonawców odnośnych wyroków karnych, a te duże uprawnienia urzędowe, rodzą z kolei obowiązek szczególnego przygotowania się do nowych ciężkich i odpowiedzialnych zadań polskiego sędziego karnego, polskiego prokuratora, obrońcy, biegłego sądowego, oraz wyższych urzędników administracji więziennej, starościńskiej i policyjnej.

Przeżywamy obecnie jakby nawrót wielkiej władzy dyskrecjonalnej sędziego kryminalnego, wyrosły jednak nie z podłoża dowolności średniowiecznej, lecz z potrzeby dokładnego wyrozumienia i ustosunkowania tylu różnorodnych czynników, składających się na zjawisko przestępczości nowoczesnej.

Jeśli w ciągu lat najbliższych naszej pracy zdołamy w pierwszej setce naszych słuchaczów i hospitantów zaszczepić to przeświadczenie o konieczności nietylko specjalizacji własnej, lecz i oddziaływania na kolegów, aby również temu pracowitemu „przeszkoleniu kryminologicznemu" poddać się zechcieli, — wtedy dopiero zdobędziemy dla naszego Instytutu podłoże trwałej siły i trwałego oddziaływania na poziom wykształcenia zawodowego Władz zasadniczych i pomocniczych polskiego wymiaru sprawiedliwości karzącej.

* * *

I wreszcie słów kilka o analogicznych do naszej instytucji naukowych zagranicą.

Powstawały one kolejno na rubieży dwóch ostatnich stuleci w głównych ośrodkach ruchu naukowego i ustawodawczego w naszej dziedzinie na Zachodzie Europy i w podlegających wpływom kultury łacińskiej najwyższych ośrodków południowo-amerykańskich, jak Argentyna, Brazylja i Chili.

Powyższe „Instytuty" obce, wyrosłe przeważnie z Seminarjów osobistych poszczególnych wybitnych profesorów, bądź — początkowo — znakomitych prawników, bądź następnie również i lekarzy — „legistów", zachowywały przeważnie nadal, już jako Instytuty, pewne cechy specjalne indywidualności ich twórców, to też — mimo wielkiej łączności celów nowoczesnych — inny charakter posiadało „Seminarjum Kryminalistyczne" Franciszka von Liszta w Berlinie a inny znów „Studjum umiejętności karnych" Emila Garçon'a w Paryżu, inne są austrjackie studja kryminalistyczne Karola Stooss'a w Grazu i prof. hr. Gleispacha w Wiedniu i inną znowu „Scuola d'applicazione", Henryka Ferri'ego lub „scuola di perfezionamento in diritto penale" prof. Artura Rocco w Rzymie, wszystkie zaś razem różnią się znamiennie od takich karno - lekarskich ośrodków nauki, jak studjum Aschaffenburga w Niemczech lub Ottolenghi'ego w Włoszech.

W czasach ostatnich zaczyna wszystkie te wyższe studja specjalne w zakresie nowoczesnego prawoznawstwa kryminalnego charakteryzować coraz bardziej wspólna tendencja do nienadawania szczególnej przewagi w „Instytutach" studjom ściśle prawno - karnym nad kryminologiczno - kryminalistyczno - penitencjarnemi, lub odwrotnie, a przeciwnie równorzędnego traktowania rzeczonych umiejętności przy specjalizowaniu się nowoczesnego kryminologa — prawnika, lekarza biegłego, czy też penitencjarysty.

Jak już zaznaczyłem powyżej owe sharmonizowanie wszystkich tych czterech pierwiastków w naszym Instytucie uważamy za zasadniczy cel i zasadniczą rację bytu jego istnienia.

Jest on najnowszym — w tej postaci — tworem wśród jego starszych braci na zachodzie Europy a pierwszą bodaj w tym zakresie próbą na gruncie państw słowiańskich nowej Europy Środkowej.

Przyszłość tej próby leży — przedewszystkiem — w rękach naszych słuchaczy i hospitantów, — pjonierów specjalizacji.

Quod felix, faustum, fortunatumque sit!

I. ZJAZD PRAWNIKÓW PAŃSTW SŁOWIAŃSKICH W BRATISŁAWIE 10 i 11.IX. 1933 r.

Generalny sekretarjat zakończył organizację naukowej części zjazdu. Do opracowania 15 naukowych kwestyj wybrany był komitet składający się z 67 członków sprawodawców prawników, którzy mają sławę międzynarodową. Pomyślny wynik przygotowania prac wymagał czasu do przygotowania 4 lat, wysłania 14.339 listów, 2 wyjazdy gen. sekretarza do Polski, 2 do Bułgarji a 3 do Jugosławji. Sprawozdawcy podają pisemnie prace do końca miesiąca marca 1933. W kwietniu będą prace wydrukowane i rozesłane zgłoszonym uczestnikom do przestudjowania i podania uwag.

Część naukowa zjazdu jest zapewniona; część gospodarcza zjazdu musi być zapewniona 70.000 prawników z państw słowiańskich temu, że się zgłoszą do wzięcia udziału w zjeździe,albowiem zjazd będzie urządzony bez subwencji. W najbliższym czasie roześle gen. sekretarjat przedwstępne zaproszenia wszystkim prawnikom w państwach słowiańskich aby mógł się zorjentować w liczbie zaintereso-

wanych zjazdem i aby mogły być dla nich wydrukowane naukowe zjazdowe prace, ostateczne zaproszenia, porządek zjazdu i inne zjazdowe informacyjne broszurki. Następnie przystąpi do organizacji części administracyjnej zjazdu. Zwołane będzie honorowe prezydjum, przewodnictwo, sekretarze i członkowie poszczególnych naukowych sekcji.

WYKAZ STATYSTYCZNY

czynności sądowo-lekarskich na terenie pow. bielskiego
za rok 1932

podał dr. Borys WEINBERG lekarz sądowy.

1.	Sekcji zwłok dokonano . . .	22
2.	oględzin zwłok	10
3.	„ sądowo-lek. osób żywych . .	67
4.	„ „ narządów płciowych .	16

Według szczegółowego zestawienia dane powyższe przedstawiają się następująco:

od 1.	Śmierć naturalną stwierdzono .	w 2 przyp.
	złamanie kości głowy „ .	„ 5 „
	zakażenie po porodzie „ .	„ 2 „
	rany postrzałowe głowy „ .	„ 3 „
	„ „ jamy brzusznej .	„ 1 „
	dzieciobójstwo . . .	„ 6 „
	ranę kłutą tętnicy głównej . .	„ 1 „
	rany cięte głowy . . .	„ 1 „
	rzucenie do wody . . .	„ 1 „
	sekcji dokonano	„ 22 „

od 2.	Samobójstw. przez powieszenie stwierdzono	w 1 przyp.
	„ „ utonięcie „	„ 1 „
	„ „ postrzał w głowę „	„ 1 „
	Uduszenie przypadkowe . .	„ 1 „
	Śmierć naturalną . . .	„ 2 „
	Utonięcie przypadkowe . .	„ 3 „
	Zmiażdżenie głowy od pęknięcia balonu gazowego	„ 1 „
	oględzin zwłok dokonano	„ 10 „

od 3.	Lekkich obrażeń ciała stwierdzono	w 22 przyp.
	ciężkich	„ 43 „
	bardzo ciężkich uszkodzeń „ .	„ 2 „
	oględzin osób żywych	„ 67 „

od 4.	W celu ustalenia odbytego porodu .	w 6 przyp.
	W celu ustalenia odbytego poronienia	„ 3 „
	„ „ „ zgwałcenia	„ 6 „
	„ „ „ ciąży	„ 1 „
	oględzin narządów płciowych	„ 16 „

W sądach jako biegły lekarz występowałem	w	118	sprawach
w tem w sądzie okręgowym . .	„	70	„
„ sądach grodzkich . .	„	48	„
Określeni wieku dokonałem . .	„	7	„
Badań psychjatrycznych „ .	„	4	„
Orzeczeń na podstawie przejrzenia akt	„	2	„
Badanie plam krwi . . .	„	1	„